ROK V WARSZAWA 1931 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Odczyn Kahna („Kahn-Test) na kiłę*).

DR. GDALA GELMAN (Wilno).

Odczyn Wassermanna, jak wiadomo, technicznie jest bardzo skomplikowany, wymaga specjalnego personelu, zwierząt i t. d. Oprócz tego, odczyn ten nie jest absolutnie czułym i dość często okazuje się nie zupełnie swoistym.

Tak, naprzykład, *Greenbaum* (9, 10) i inni stwierdzili bardzo znaczne wahania wyników o. Wassermanna od minusa (—) do 4+ w ciągu doby u tegoż samego chorego. *Thomson i Ebel* (7) na podstawie 10.000 badań znaleźli 9,1% nieprawidłowych ujemnych wyników o. Wassermanna i 4,4% wyników dodatnich nieswoistych.

Nic dziwnego, że już na drugi rok (w 1907 r.) *L. Michaelis* poczynił pierwszy krok w kierunku łatwiejszej i prostszej reakcji na kiłę, mianowicie za pomocą wodnego wyciągu z wątroby kiłowej.

Tym samym zaczyna się nowa epoka w serodjagnozie kiły, a mianowicie za pomocą odczynów kłaczkowacenia, albo zmętnienia.

Pierwszy okres, do r. 1917 był czasem prób empirycznych; rozmaite, liczne reakcje, do tego polecane (naprzykład, o. Porges - Mejera, Klausnera, Fornet - Schereschewskiego i innych) były bez żadnej podstawy naukowej. Oprócz tego dawały one dużo wyników nieswoistych, tak, że po pewnym czasie zostały zarzucone.

Dopiero w r. 1917, po zapoznaniu się dokładniejszem z istotą antygenów, zaczyna się nowa stronica w historji tej metody. Dzięki odczynom Meinickego (r. 1917, 1919, 1922), Sachsa-Georgiego (1919) i innych badaczy serologja kiły stoi obecnie na pewnych podstawach.

W czasach obecnych metod serologicznych jest dość dużo. W Niemczech rozpowszechnione są: reakcja „zmętnienia“ Meinickego („MTR“), Sachsa-Georgiego, we Francji — o. Vernesa, w Anglji — metoda

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej“.

Dreyer-Warda, w Ameryce — odczyn Kahna — „Kahn-Test“.

Jaka jest różnica między temi odczynami, a o. Wassermanna?

Z punktu widzenia technicznego są one znacznie łatwiejsze do wykonania, bo nie wymagają one ani tak zwanego systemu hemolitycznego, t. j. krwinek barana, amboceptora, ani komplementu. Są to tak zwane odczyny „jednofazowe“, to znaczy, że do surowicy dodajemy odpowiedni antygen i po godzinie, dwóch lub po dobie odczytujemy wynik — strąty, zmętnienie i t. d.

Reakcja zaś Wassermanna jest odczynem „dwufazowym“ ,to znaczy, że do surowicy dodaje się antygen i komplement, a po upływie 1 godziny — dolewa się system hemolityczny, który właśnie jest tutaj wskaźnikiem odczynu.

Z punktu widzenia teoretycznego mamy w reakcji Wassermanna zjawisko biologiczne, które nazywamy „wiązaniem komplementu“, w odczynach zaś kłaczkujących — zjawisko fizyczno-chemiczne — mianowicie, połączenie lipoidów antygenu z globulinami surowicy kiłowej.

Prawda, istnieje zdanie, że zasadniczo niema żadnej różnicy między o. Wassermanna, a odczynem strącania, że w o. Wassermanna mamy tylko drugi — inny wskaźnik — a mianowicie, system hemolityczny, że tworzą się tu strąty w końcu pierwszej fazy *(Jakobsthal* 1910), strąty te wiążą komplement, i wtedy nie mamy hemolizy.

Bardzo ciekawe są wyniki, otrzymane przez *Kahna;* zbadał on 1800 surowic metodą Kahn-Wassermanna, to znaczy, że były one zbadane metodą Kahna, potem dodawał on system hemolityczny i w ten sposób *Kahn* otrzymał 98% zgodnych wyników.

Tak samo *Rejnings* skombinował odczyn Sachs-Georgiego z odczynem Wassermanna.

Tak, czy inaczej, ale odczyny te mają wielkie znaczenie praktyczno-kliniczne; nie ulega żadnej wątpliwości, że mają one wielką przed sobą przyszłość.

Odczyn Kahna — „Kahn-Test“ jest w czasie obecnym „najmodniejszy“.

Istota tej reakcji: jest to prawdziwa reakcja precypitacyjna (a nie o. „zmętnienia“, jak naprzykład „MTR“); to znaczy, że antygen Kahna + surowica kiłowa daje strąty; surowica zaś normalna tego nie daje.

Według autora, mamy tutaj do czynienia z reakcją koloidalną, która podlega ogólnym prawom roztworów koloidalnych. *Kahnowi* udało się ustalić najlepsze warunki, przy których flokulacja ta ma miejsce, mianowicie, optimum dla tego zjawiska mamy przy pewnej koncentracji wchodzących do niej ingredjentów (t. j. antygenu lipoidalnego oraz badanej surowicy), jak również przy ściśle ustalonych ilościowych stosunkach tych samych ingredjentów.

Kahn podał dokładnie opracowaną technikę przyrządzania antygenu (z suchego mięśnia serca wołowego, z uprzednim wyciągiem eterem i z dodaniem cholesteryny 0,6%. Antygen ten jest bardzo swoisty, dzięki poprzedniej ekstrakcji eterowej, i zachowuje swoje miano raz na zawsze.

Dalej, autorowi temu udało się podać ścisły sposób rozcieńczenia tego antygenu za pomocą fizjologicznego roztworu soli kuchennej, mianowicie taką małą dawką tego roztworu, ażeby mieć zawiesinę wielkiej koncentracji, ponieważ autor stwierdził, że taka właśnie zawiesina najlepsze daje strąty z surowicą kiłową.

Wreszcie, trzecie t. zw. „zona“, to jest ścisły stosunek między zawiesiną antygenu a surowicą, mianowicie, im większa jest proporcja, tem lepsze są warunki tworzenia się strątów.

Kahn podaje dla swojej reakcji trzy dawki antygenu (rozcieńczonego) — :0,05; 0,025; 0,0125; dawka zaś surowicy = 0,15 w każdej probówce, tak że mamy trzy proporcje: $^1/_3$ — $^1/_6$ — $^1/_{12}$.. Jeżeli surowica zawiera dużo „reaginów“ kiłowych, t. znaczy w przypadkach wyraźnie dodatnich — mamy precypitację we wszystkich trzech probówkach; w wypadkach umiarkowanie dodatnich mamy strąty tylko w probówkach z proporcją $^1/_6$ — $^1/_{12}$; słabo dodatnie wyniki dają strąty w probówce z proporcją $^1/_{12}$.

Wreszcie, jeszcze jedna cecha tej metody to jest „wstrząsanie“ probówek w ciągu 3', dzięki czemu reakcja przebiega bardzo szybko.

Technika „Kahn-Test“.

1. Przyrządy: potrzebne są:
a) probówki z dobrego (jenajskiego)

cienkiego, przezroczystego szkła, po 3 prob. dla każdej badanej surowicy, rozmiaru 75 mm. $\times$ 10 mm.

b) małe cylindry — 2 — z płaskiem dnem — dla antygenu i jego zawiesiny; 55 mm. $\times$ 15 mm. *)

c) pipety — 10 ctm³ z podział. $^1/_{100}$. 0,2 ctm³ z podziałk. $^1/_{80}$ (= 0,0125), albo specjalne dla „Kahn-Test" pipety z podziałk. po 0,05 — 0,025 — 0,0125 ctm³.

d) Statywy trzechrzędne na 15—20 surowic. Średnia deska powinna być na wysokości 3 ctm., a wysokość statywy 60 mm.

e) „Trząsawka", która daje 275 wahań na minutę, nie koniecznie potrzebna, ponieważ można wstrząsanie to zupełnie dobrze wykonać ręcznie.

f) Łaźnia wodna na 56°.

g) Wirówka dla odwirowania surowicy.

Odczynniki.

1. Antygen przechowuje się w t° pokojowej, w ciemnej flaszce; korek zaś zwykły powinien być pokryty cynfolją. Jeżeli uprzednio cholesteryna strąciła się, to w łaźni wodnej przy t = 56° znowu się rozpuszcza.

Rozcieńczenie antygenu robi się według miana (zwykle 1 cm³ Antyg.: 1,1 NaCl (9°/₀₀), w ten sposób, że nalewa się 1 ctm³ Antygenu do jednego małego cylindra a 1,1 ctm³ NaCl (9°/₀₀) do drugiego. Potem odrazu dodaje się Antygen do soli (a nie na odwrót); natychmiast z powrotem do pierwszej probówki — bardzo szybko przelewamy w ten sposób 5—6 razy. Zawiesina, w powyższy sposób przyrządzona stoi 10 minut dla „dojrzenia" i może być użyta tylko w ciągu 30 minut (ponieważ po upływie powyższego czasu jest już nieczynną). Przed użyciem należy energicznie wstrząsnąć.

2. Serum (surowica chorego) — powinno być zupełnie przezroczyste i czyste; jeżeli surowica jest nieco zhemolizowana— to nie przeszkadza. Surowica inaktywu... się ½ godz. przy t = 56°; lepiej bez... średnio przed samą reakcją.

Jeżeli była inaktywowana w dni... przednim, powinna być przed reakcją znowuż nagrżana w ciągu 10′ (t = 56°).

Wykonanie samej reakcji. Przed wykonaniem samej reakcji należy wszystko przyszykować, to znaczy: a) cylindry dla zawiesiny; b) pipety dla antygenu i dla surowic; c) probówki ponumerowane w statywach (poleca się naogół robić nie więcej niż 20 badań).

Jeżeli surowice nie są jeszcze inaktywowane, to wstawiamy je do łaźni wodnej (t = 56°) na ⅓ godz. 10 minut przed końcem inaktywowania przyrządza się zawiesina antygenu tak, jak wyżej opisano; po upływie 10′ można już tę zawiesinę rozlewać i jednocześnie wyjąć probówki z surowicą z łaźni wodnej.

Zawiesina antygenu rozlewa się w ten sposób, że pipetę stawiamy do samego dna probówki (ponieważ ilość zawiesiny jest bardzo mała, na skutek czego na ścianach może ona zaschnąć).

Do probówek pierwszego rzędu nalewa się 0,05, drugiego — 0,025, do trzeciego— 0,0125 zawiesiny. Natychmiast po wprowadzeniu zawiesiny dodaje się do każdej z trzech probówek po 0,15 surowicy badanej. Wszystko to należy wykonać szybko, aby zawiesina była użyta w ciągu 20′, licząc od chwili „dojrzenia" zawiesiny. Potem należy wszystko to wstrząsnąć (10″), aby się zmieszało i stawia się do cieplarki (t = 37°) na 10′ (jeżeli ciepłota w pracowni jest niska). Potem wstawiamy statywy do trząsawki na 3′, albo to można wykonać ręka ni po 1′ z małemi przerwami. Wreszcie dolewa się roztwór fizjol. soli kuchenn... po 1 ctm³ w ..., po 0,5 w ...dach ... możn...

O...

ma...

ch...

k...

*) Całe szkło powinno być chemiczn... ste, jednak niekoniecznie jałowe.

Wynik reakcji w próbówkach			Wynik		UWAGI
I-go rzędu ($^1/_3$)	II-go rzędu ($^1/_6$)	III-go rzędu ($^1/_{12}$)	Według starego systemu	W/g systemu przyjęt. w Kopenhadze	
++++	++++	++++	++++	++	Jeżeli wyniki w probówkach II-go i III-go rzędu są słabsze, niż w probówkach I-go rzędu, to reakcja jest „paradoksalną" i badanie trzeba zrobić powtórnie
+++	++++	++++			
++	++++	++++	+++		
+	+++	++++			
—	+++	++++	++	+	
—	++	++++			
—	±	++++	+		
—	—	+++			
—	±	±+	±	±	
—	±	+	—	—	
—	—	+	(przy lues lecz. ±)		
—	—	—	—	—	

Nb. 1) Jeżeli posiadamy mało surowicy, to *Kahn* poleca robić badanie z jedną dawką antygenu (= zawiesiny), mianowicie 0,0125, ponieważ przy takiej proporcji ($^1/_{12}$) reakcja jest najczulszą.

Mikro-Kahn Reakcja. Jeżeli mamy do rozporządzenia bardzo małą ilość surowicy, naprzykład, tylko 0,05 surowicy (= 1 kropla), robimy „M-K-R" w ten sposób, że bierzemy antygenu (zawiesiny) 10

...bówka	Potrzebne ... rozcień-	Il... rowicy	Ilość NaCl	Uwagi (wykonanie reakcji)
			—	Antyg, rozcieńcza się wg. miana 1:1 (a nie 1:1,1); do 0,01 antyg, (zawiesiny) dodaje się 0,15 każdego z powyższych rozcieńczeń (razem 10 prób). Po wstrząsaniu dolewamy 0,5 NaCl. Kahn podaje, że czysta surowica zawiera 4 jednostki; znaczy, jeżeli np. prob. Nr. 4 daje jeszcze strąty, to mamy 4x20=80 jednostek.
			0,8	
			0,7	
			0,2	
			0,2	
			0,3	
			0,4	
			0,5	
			,6	
			7	

razy mniej, t. jest = 0,005, a potem dodajemy 0,4 NaCl (9⁰/₀₀); jeżeli mamy surowicy 0,025 (= $^1/_2$ kropli), to zawiesiny antygenu bierzemy 0,0025, a NaCl — 0,2 ctm³.

W odpowiedzi należy zawsze podawać metodę, za pomocą której badanie zrobiono.

Badanie ilościowe („Kahn-Test"). Robimy rozcieńczenia wedł. tabl. następującej: (patrz str. 212).

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (w/ł Kahna) — też nadaje się do odczynu Kahna — w sposób następujący: do probówki od wirówki elektrycznej nalewa się 1,5 płynu m-r. + + 1,5 nasyconego roztworu siarczanu amonowego. Dobrze zmieszać. Łaźnia wodna na 15 minut. Mocno odwirować. Płyn nad osadem zlewa się. Dodaje się 0,15 NaCl, w którym globuliny rozpuszczają się. (W ten sposób otrzymany roztwór jest 10x mocniejszy, niż płyn m.-rdz.). (Można jeszcze w ten sposób zrobić: 3 ctm³ płynu m.-r + 2 ctm³ roztw. siarczanu-ammon., potem rozpuścić w 0,3 NaCl).

Dla badania płynu nalewa się 0,01 zawiesiny antyg., potem dodaje się 0,15 rozpuszczonych (jak wyżej opisano) globulin (najwygodniejsza proporcja = $^1/_{15}$). Następnie wstrząsa się w ciągu 3'. Dodaje się 0,5 NaCl (9⁰/₀₀). Odczytujemy wynik (jak wyżej opisano). Można jeszcze dodać dla kontroli drugą probówkę bez płynu m-r., mianowicie: 0,01 antyg.+0,5 NaCl (9⁰/₀₀).

Badanie ilościowe płynu m-r. Jak wyżej podano, robimy 0,3 roztworu globulin (3 ctm³ Liquor + 2 ctm³ Ammon. sulf. i t. d.)., potem rozcieńczamy według tablicy następującej:

Probówka	Potrzebne rozcieńczenie	Ilość płynu	Ilość Na Cl (9⁰/₀₀)	UWAGI (sposób wykonania)
1	—	Roztwór skoncentr.	—	Do 5 prob. nalewamy po 0,01 antyg. i po 0,15 odpow. rozcieńczeń. Wstrząsamy (3'). Dodajemy do każd. prob. po 0,5*). To rozcień., które jeszcze daje wynik dodatni (naprz. prob. Nr. 4) mnożymy przez 4 (znaczy 15 × 4 = 60 jednostek); w rzeczywistości mamy tylko 6 jednostek, przyjmując pod uwagę poprzednią koncentrację w 10 razy.
2	5 razy	0,15 Nr. 1 roztworu	0,6	
3*)	10 „	0,4 rozc. Nr. 2	0,4	
4	15 „	0,2 „ „ 3	0,1	
5	20 „	0.2 „ „ „	0,2	*) NaCl 9⁰/₀₀

Główne zalety reakcji Kahna.

1. Szybkość. Można podać wynik po bardzo krótkim czasie (po upływie 1 godziny). Nie licząc czasu pobrania krwi, uprzedniego przygotowania surowicy, inaktywowania i t. d., sama reakcja trwa kilka minut (10'—20').

2. Łatwość i ścisłość metody. Wymaga ona tylko jednego odczynnika, mianowicie antygenu; oprócz tego potrzebne są roztwór fizjologiczny soli kuch., i surowica do badania. Metoda ta absolutnie nie wymaga poprzedniego miareczkowania, ponieważ antygen zachowuje swoje miano raz na zawsze.

Wobec tego, przy metodzie tej niemożliwe są rozmaite modyfikacje, jak to widzimy przy odczynie Wassermanna. Koniecznym warunkiem jest tylko ścisłe przestrzeganie techniki metody. Jednakże, mimo łatwości metody, reakcja ta może być wykonana tylko przez pracownika doświadczonego.

3. „Kahn-Test" jest o tyle dogodny, że można go wykonać w miejscowościach odległych, dalekich od centrów kulturalnych (naprz. w krajach podzwrotnikowych i t. d.).

4. „Kahn-Test" jest reakcją pewną, ponieważ antygen jest dość czuły, swoisty, jednolity i nie zmienia swego miana, tak że daje jednakowe wyniki u róż-

*) Prob. Nr. 3 zawiera ilość swoistych reaginów, która odpowiada płynu badanemu, ponieważ uprzednio skoncentrowaliśmy badany płyn 10-krotnie.

nych badaczy. Dzięki takiemu antygenowi, „Kahn-Test“ daje wyniki jasne nawet z surowicą hamującą („antykomplementarną“) — w tych wypadkach, kiedy Wassermann nie daje żadnych wyników.

5. Odczyn Kahna daje w większości przypadków wyniki, które można łatwo odczytać, a bardzo rzadko wyniki niejasne.

6. Badanie ilościowe daje możność ścisłego kontrolowania rezultatów leczenia. Według *Kahna* surowica chorego na kiłę zawiera przed leczeniem 320 jednostek; po pierwszej kuracji 200 jedn., po drugiej — 120; po trzeciej — 40 jednostek.

7. „Mikro-Kahn-Test“ daje możność wykonania tej reakcji z bardzo małą ilością materjału (naprzykład, z surowicą z szankru).

Przejdziemy teraz do oceny znaczenia tej reakcji z punktu widzenia praktycznego:

Na początku rozpatrzmy prace samego *Kahna* (15 — 19). Pierwsze sprawozdanie o swojej metodzie *Kahn* dał w r. 1922. Do tego roku było zrobiono 15.000 badań porównawczych z o. Wass. Wobec dobrych rezultatów metoda Kahna była wprowadzona (1/VII 1922) do praktyki w laboratorjum Departamentu Zdrowia (Depart. of. Health) stanu Michigan, tak że każde badanie robiono jednocześnie podług Wasermanna i Kahna. Do 15/X 1925 r. było zrobiono takich badań porównawczych 175.000; ponieważ przewaga była po stronie o. Kahna, tak z punktu widzenia czułości i swoistości, jak i z punktu widzenia łatwości wykonania tej reakcji, to z dniem 15/X 1925 r. „Kahn - Test“ był przyjęty w wyżej wymienionej pracowni, jako jedyna metoda badania krwi na kiłę. W ciągu następnych dwóch lat (do 15/X 1927 r.) wykonano jeszcze 125.000 reakcyj. W tym roku ukazało się sprawozdanie Kahna o 300.000 (trzechset tysiącach) takich badań.

Wyniki były następujące: (174.580 przypadków, bad. jednocześnie Was. i „Kahn-Test“):

Metoda Kahna	Razem ilość bad, (Kahn-Test i Wass)	Absolutnie zgodne wyniki	Względnie jednakowe wyniki x)	Zupełnie sprzeczne	Uwagi
		W procentach			
Stara metoda Kahna	43.030	94.17	5.08	0.74	x) "względnie" jedn. wyniki; znaczy, że jedna metoda daje (+), a druga albo (±) albo (—)
Nowa metoda Kahna	131.550	96.77	2.61	0,61	

W cyfrach absolutnych (liczba badań 131.550).

1) Zupełnie jednakowych wyników było 127.304
2) Względnie jednakowych wyników było 3.438
3) Absolutnie sprzecznych wyników było 808

Z tych 808 przypadków było:

67 (8,3%)—Wa-R = (+), a K-T = (—)
741 (91,7%) — Wa-R = (—), a K-T (+)

Historje choroby dowodzą, że mamy tutaj w większości przypadków chorych na kiłę w okresie leczenia.

4) „Kahn-Test“ jest czulszy, niż Wass. w zakresie lues latens.

Z 3.438 przypadków (lues latens), względnie jednakowych wyników było:

1045 przyp., które dały — Wa - R = (±); „K-T“ = (+)
82 „ „ „ — Wa - R = (+); „ = (±)
1960 „ „ „ — „ = (—); „ = (±)
351 „ „ „ — „ = (±); „ = (—)

Dowodem tego, że „Kahn-Test“ jest odczynem bardzo swoistym, służy fakt, że na 150.000 wyników tylko 6 było dodatnich bez żadnej podstawy klinicznej oraz anamnestycznej. Ale i w tych przypadkach kiła nie była wykluczona absolutnie.

Kahn podaje, że w ciągu dwóch ostatnich lat (1925—1927 r.) było zrobiono 125.000 badań bez Wa-R i żadnych skarg i pretensji ze strony lekarzy nie było. Pracownia dawała wyniki po upływie 4—8 godz., a w przypadkach nagłych (naprz. przelewanie krwi) po godzinie.

W tym sprawozdaniu *Kahn* podaje, że na 1184 płynów mózgowo-rdzen. było 80 „antykomplementarnych", z których Kahn-Test dał 60 dodatnich i 20 ujemnych wyników. Metoda zaś Wassermanna nie dała tutaj żadnych rezultatów.

Tak samo i *Becker* (3) na 112 surowic chorych zakaźnych miał około 48% „antykomplementarnych" i tylko za pomocą „Kahn-Test" można było wyjaśnić, czy mamy do czynienia z kiłą, czy nie.

W związku z odczytem *Kahna* na 78 Zjeździe Assocjacji Ameryk. lekarzy (sekcja fizjol. i patol.) w dyskusji wszyscy oponenci przyznali, że metoda ta ma wielkie zalety, o których mówiono wyżej. To samo podkreśla się w licznych pracach amerykańskich.

Prawda, że większość badaczy uważają za konieczne jednoczesne badanie krwi za pomocą obu metod. *Greenbaum* (9,10) z kliniki Uniw. Dermat. w Philadelphji stwierdził, jak wyżej wymieniono, na podstawie codziennych badań krwi u 50 kiłowych chorych, że wyniki odczynów kiłowych (obojętnie, czy Wa- czy K-T), mogą się wahać w ciągu doby od (—) do (+++++) u tegoż samego chorego i w ten sposób, że jedna reakcja daje wynik wyraźnie dodatni, a jednocześnie druga daje wynik ujemny, co można widzieć z tablicy następującej, tyczącej kilku chorych:

	1 dz.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kolmer *)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++
Kahn — T.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kolmer	—	++	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—
Kahn	+	—	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—
Kolmer	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	++	++
Kahn	++	—	++	++	++	++	—	—	—	—	+	++
Kolmer	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++
Kahn	++	++	++	++	++	+	++	—	++	++	++	++

Oprócz tego, *Greenbaum* (9,10) wybrał ze swego obszernego materjału chorych na kiłę (lues latens) 50 takich, którzy dali Kahn-Test = (+) i Wa-R = (—) i tak samo 50 chorych, u których było naodwrót.

Wobec tego, *Greenbaum* sądzi, że tylko jednoczesne badanie krwi za pomocą obydwu metod może dać pewną podstawę dla prawidłowej djagnozy.

Thomson i *Ebel* (7) na podstawie 10.000 badań stwierdzili, że Kahn-Test jest znacznie czulszym w zakresie lues latens, mianowicie Wa-R nie wykrywa 9,1% chorych na lues, a K-Test nie wykrywa tylko 6,9%.

Tak samo większość autorów amerykańskich uznaje, że Kahn-Test jest znacznie czulszym w lues latens i lues III.

Hopkins i *Brunet* (13) na podstawie wielkiego materjału statystycznego (41.000 przypadków), zebranego z 24 laboratorjum w Ameryce, stwierdzili to samo i tłumaczą tem, że dodatni Kahn-Test u kiłowych chorych, zanika z powodu leczenia znacznie później, niż dodatni o. Wass.

Bardzo ciekawe dane co do Lues I mamy w pracy *Willet-Nagle* (21), którzy robili badania porównawcze u chorych z wrzodem pierwotnym przy pomocy ciemnego pola widzenia i K-Testu. Badacze ci przychodzą do wniosku, że w ciągu pierwszych 28 dni wyżej wymieniona metoda mikroskopowa daje tylko 61% dodatnich wyników, a Kahn-Test — 80% i dlatego polecają oni robić jednocześnie obydwa badania.

W Europie reakcja Kahna była mało znana do roku 1926, aczkolwiek z tej dziedziny ukazały się 2 prace w języku francuskim (2,23) i jedna w języku polskim (4). W roku 1926 *L. Nieuwajar* (z Kopenhagi) ogłosił pracę (806 badań), w której autor przychodzi do wniosku, że Kahn-Test może być pożytecznym jako dodatek do

*) „Kolmer" — t. j. modyfikacja Wa-R, bardzo rozpowszechniona w Ameryce.

Wa-R dla wzajemnej kontroli. W następnym roku *Abadjeff* (z Inst. Kocha w Berlinie) (1) na podstawie 1400 badań także poleca Kahn-Test, jako pewną reakcję na kiłę.

Lecz tylko dzięki konferencji w Kopenhadze (21/V — 4/VI 1928 r.) o. Kahna zyskał prawo obywatelstwa w zakładach europejskich. W tej konferencji przyjął udział także sam *Kahn* i jego rezultaty były najlepsze nie tylko w porównaniu z o. Wassermanna, ale i z innemi odczynami tego samego rodzaju. Mianowicie, z 944 surowic 502 było kiłowych, a 435 nie kiłowych, 7 wątpliwych. Wyniki tych badań przy pomocy różnych metod widać z tablic następujących.

Tabl. Nr. 1. (22)

Surowice chorych kiłowych.					
Autor	Razem zbadano	Wynik wyraźnie dodatni (++)	Wynik słabo dod. albo wątpliwy. (±)	Wynik ujemny (—)	Uwagi
Boas („Kahn-Test“)	502	294	27	181	Boas z Inst. Serologji w Kop. robił na konferencji „Kahn-Test“.
Kahn	499	305	33	161	
„MTR“ (Meinicke)	502	246	38	218	Meinickiego o. „zmętnienia“.
„MBR“ (Müller)	499	317	45	137	„Müller-Ballungs-Reaktion“.
Lento — R.	497	208	23	253	Lento-R=o. Sachs-Georgi.
Cito — R.	496	254	21	209	Cito-R=o Sachs-Witebsky.
Harrison-Wyler	502	210	78	214	Odczyn Wassermanna.
Jakobsthal	502	265	65	172	

Z tablicy widać, że najczulszą reakcją okazała się „MBR“, która dała 317 dodatnich wyników, ale technika tej reakcji jest bardzo skomplikowana, tak że o niej nie może być mowy. „Kahn-Test“ — u samego Kahna — dał 305 dod., a u Boasa — 294 dod., natomiast inne metody, jak również o. Wassermanna (najczulsze modyfikacje), dały znacznie mniej dod. wyników.

Tabl. Nr. 2 (22).

Surowice chorych niekiłowych.					
Autor	Razem zrobiono	Wynik (++)	Wynik (±)	Wynik (—)	Uwagi
Boas (Kahn-Test)	435	3	6	426	
Kahn	434	0	5	429	
„MTR“	435	9	13	413	
„MBR“	432	1	10	421	
Lento — R	431	0	1	430	
Cito — R	427	0	1	425	
Harrison-Wyler	435	0	12	423	Modyf. odczynn Wassermanna
Jakobstahl	435	29	36	369	
Otto-Blumenthal	435	24	40	371	
Debains	249	26	4	213	

Z tablicy tej widzimy, że Kahn-Test u samego Kahna nie dał żadnych wyników nieswoistych; natomiast niektóre metody kłaczkujące (naprzykł. MTR) dały po kilka wyników nieswoistych, a te metody (Lento = i Cito-R), które nie dały takich wyników, okazały się, jak widać z tablicy pierwszej, znacznie mniej czulszemi, niż Kahn-Test. Co się tyczy o. Wassermanna, to modyfikacje czulsze dały znaczny odsetek wyników dodatnich nieswoistych.

Tabl. Nr. 3 (z pracy Blumenthala) (6).

Okres kiły	Metoda	Wynik ++	Słabo dod. +	Razem dodatnich	Uwagi
Lues I (20 surow.)	Wa—R (najczulsza)	7	1	8	
	MBR	9	1	10	
	Kahn—Test	5	3	8	
Lues II (26 surow.)	Wa—R	16	2	18	
	MBR	18	2	20	
	K—T	19	—	19	
Lues III (60 surow.)	Wa—R	27	7	34	=51%
	MBR	31	15	46(!)	=77%
	K—T	32	9	41(!)	=70%
Tabes (30 surow.)	Wa—R	7	10	17	=60%
	MBR	22	5	27	
	K—T	21	6	27(!)	=90%
Paral. Progr. (54 surow.)	Wa—R	33	8	41	
	MBR	40	5	45	
	K—T	37	7	44	
Lues congen. (10 surow.)	Wa—R	5	2	7	
	MBR	6	—	6	
	K—T	6	—	6	
Lues latens (287 surow.)	Wa—R	124	23	147	
	MBR	138	20	158	
	K—T	139	18	157	

Z tablicy Nr. 3 jasnem jest, że Kahn-Test daje najlepsze wyniki w przypadkach Lues III i Tabes. W Lues III Wa-R daje 51% dodatnich wyników, Kahn-Test — daje 70%. W przypadkach Tabes Wa-R daje tylko 60%, natomiast K-T — 90%!

Wobec takich doskonałych wyników o. Kahna na konferencji w Kopenhadze metoda ta została przyjęta w licznych zakładach europejskich. W tym samym roku wyszła z Inst. Kocha (w Berlinie) praca *Dra Blumenthala*. Badania porównawcze 2232 surowic wykazały 88,75% zgodnych z o. Wa- wyników i 11,75% sprzecznych. Późniejsze badania dały 91,45% zgadzających się rezultatów, przyczem Kahn-Test nie wykrywał kiły tylko w 3% (kiedy Wa-R dawała wyniki dodatnie), ale zato 7,2% przypadków kiły dawały z Kahn-Test wynik dodatni, a z Wa- wynik ujemny (—). Autor przychodzi do wniosku, że o. Kahna jest pewną i jednocześnie łatwą do wykonania metodą dla uzupełnienia i kontroli Wa-R.

Gross (II) (z Inst. E. v. Behringa) zbadał 1000 surowic za pomocą Wa-R, Bruck-R, Dold-R, MMK i Kahn-Test, przyczem u niego było 969 wyników, zgadzających się (= 96,8%), a reszta 31 przypadków (= 3,2%) dały wyniki sprzeczne. Autor przychodzi do takich samych wniosków, przyczem podkreśla większy zakres („Reaktionsbreite") tej reakcji w L. latens i kile leczonej.

Castens (7) z 3043 badań miał takie rezultaty: surowic kiłowych chorych było 599. Metodą Wa otrzymano 423 dodatnich wyników, a met. Kahna — 493.

Nieswoistych dodatnich wyników było:
K-Test na 2435 surowic — wyraźnie dodatnich 7 = 0,3%;
MBR na 1450 surowic — wyraźnie dodatnich 4 = 0,3%;
MTR na 2959 surowic — wyraźnie dodatnich 60 = 2%.

Wnioski autora, że wogóle K-T nie może zastąpić o. Was. Kahn-Test bez Waserm. można robić tylko wyjątkowo, w takich warunkach. gdzie niema innego wyjścia, mianowicie w wypadkach nagłej potrzeby (przelewanie krwi i t. d.), albo w miejscowościach. odległych od centrów kulturalnych.

Wreszcie, dodaje autor, zdarzają się wypadki, kiedy surowica zawiera bardzo mało specyficznych antyciał, tak że ani jedna, ani druga metoda nie są w stanie je wykryć. Ten fakt lekarz-klinicysta powinien przyjąć pod uwagę.

Rezultaty moich własnych badań.

Zbadałem 970 surowic jednocześnie metodą Wass., Meinickiego („MTR") i Kahna. Z nich 796 dały wynik ujemny przy pomocy wszystkich trzech metod; natomiast 128 z wynikiem dodatnim; to znaczy, że zgodnych wyników było 924, t. j. 95,26%; reszta, t. j. 46 przypadków (= 4,74%) dały wyniki niezgodne. Moje dane mniej więcej odpowiadają danym *Grossa*.

Co się tyczy tych niezgodnych 46 przypadków, to można je podzielić na kilka kategoryj:

1. „Kahn-Test" dał wyniki dodatnie nieswoiste w 3 przypadkach, w których Wass. i MTR dały (—). Była to krew trzech chorych bez żadnych danych kiłowych — tak klinicznie, jak i w anamnezie. Krew dwóch chorych nadesłana była do pracowni z prowincji i surowica była silnie zhemolizowana. W każdym bądź razie wynosi to 0,3% dodatnich nieswoistych wyników. Natomiast było 6 przypadków, kiedy

„MTR“ dała wynik dodatni i także nieswoisty.

Tak samo 4 przypadki dały Wass. dodatni nieswoisty. Jedna z tych chorych (krew której dała Wa (+), MTR (+), a Kahn-Test (—) była bez żadnych danych kiłowych; w tym wypadku jedynie o. Kahna dał prawidłowe przypuszczenie co do djagnozy.

Ostatnia grupa — to były 33 przypadki kiły leczonej, z których 28 dały Wa-R i MTR, albo (—), albo (±), a Kahn-Test znacznie wybitniejsze dodatnie wyniki; w 5-ciu zaś przypadkach było naodwrót.

Wnioski:

1. „Kahn-Test“ daje wielki % (około 95%) wyników, zgodnych z o. Wassermanna, a więc znacznie więcej, niż inne metody; % sprzecznych z Wa-R wyników jest bardzo mały (do 5%).

2. Wyniki dodatnie nieswoiste — zdarzają się bardzo rzadko (w naszych bad. było 3‰, natomiast o. Wass. 4‰ MTR = 6‰).

3. W przypadkach kiły leczonej Kahn-Test daje wyniki wybitniejsze i większy % dodatnich wyników, niż Wa-R.

4. Dla pewniejszej djagnozy kiły, należy jednak badać krew jednocześnie za pomocą obydwu metod, mających różne zasady (wskaźniki), gdyż jedna nie może zastąpić drugą.

5. Z punktu widzenia technicznego metoda Kahna jest najlepszą nietylko pod względem łatwości wykonania, ale i pod względem ścisłości wykonania, nie pozwalającej na żadną indywidualizację i modyfikację tej metody, która w takich warunkach powinna dawać jednakowe rezultaty u różnych badaczy, czego nie może dać odczyn Wassermanna.

6. Z punktu widzenia teoretycznego o. Kahna jest nową drogą w serologji kiły.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Abadjeff.* Z Hyg. 107 p. 742 (Lit.).
2. *Barbonneux, Boucher et Cheay.* C. R. de la Soc. de Biol. V. 88 p. 683-5 et 854-7.
3. *Becker J. Americ. med. Assoc.* Vol. 88 p. 604.
4. *Wl. Biernacki.* Odczyn kiłowy Kahna. Polska Gaz. Lek. 1924 Nr. 41.
5. *Berry, Ey, De Long.* J. Americ. med. Assoc. Vol. 88 p. 130.
6. *Blumenthal* G. Med. Klin. 1928 p. 1514.
7. *Castens* Deut. Med. Woch. 1929 p. 1461.
8. *Greaves* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 945.
9. *Greenbaum* J. Am. med. Ass. Vol. 86 p. 1273.
10. *Greenbaum - Sagle* ibidem Vol. 87 p. 318.
11. *Gross* Klin. Woch. 1929 p. 550.
12. *Houghton, Hunter and Cajigas.* J. Am. med. Ass. Vol. 87 p. 1898.
13. *Hopkins - Brunet.* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 311.
14. *Hull.* J. Am. med. Assoc. Vol. 88 p. 1865.
15. *R. L. Kahn.* J. Am. med. Ass. Vol. 81 p. 88 (Lit.).
16. idem. Ibidem. Vol. 89 p. 1841.
17. idem. Klin. Woch. 1928 p. 2014.
18. idem. Kahn - Reaction (Monografja) Baltimore. 1928.
19. *Kahn, Kendrick and Landau.* J. Am. med. Ass. Vol. 89 p. 84.
20. *Walker.* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 1469.
21. *Willet - Nagle.* J. Am. med. Assoc. Vol. 90 p. 1189.
22. Report of the 2 Lab. Conference on the Serodiagn. of. Syph. 1928 Publ. of the Health Section of the League of Nation 1929.
23. *Rubinstejn et Ganran.* Bul. Soc. Derm. et Syph. 1924 Nr. 4. p. 218—224.

Oprócz wyżej wymien. artykułów oryg., w czas. „J. Am. med. Assoc.“ są także liczne referaty z prac o „Kahn-Test“ — przeważnie w języku angielskim.

Kliniczne rozpoznanie różnikowe anginy i nalotów gardlanych

DR. Z. RAKOWSKI.
Ordynator II-giej polikliniki Łódzkiej Kasy Chorych (Naczelny Lekarz Dr. St. Bogusławski).

Anginy ostre występują w wielu odmianach. Rozpoznanie ich jest bardzo ważne, gdyż od djagnozy zależą główne zabiegi terapeutyczne i sposoby zapobiegawcze. W niektórych wypadkach djagnoza jest trudna do ustalenia.

U dzieci przed 1-szym rokiem życia można zaobserwować częste przypadki anginy. Natomiast dyfteryt (w tym wieku) nie przybiera formy anginy ostrej i nie atakuje gardzieli, mieszcząc się przeważnie na błonie śluzowej nosa, jamie noso-gardzielowej i w uchu środkowem. — Wywołuje on rzadko prawdziwe defekty błony; najczęściej przybiera formę kataralną, lub ogólnego zapalenia.

Zastanawiano się nad wyjaśnieniem przyczyny owej nietykalności gardzieli. Najprawdopodobniejszy jest wniosek, do którego doszedł w r. 1919 *M. Raminger*. Tłumaczy on to zjawisko osobliwą budową migdałków dziecka. Są one bardzo mało rozwinięte, nie zawierają prawie wcale tkanek limfoidalnych i są sformowane z tkanek włóknistych.

Gdy dziecko przekroczy wiek 2-ch lat, anginy stają się częstsze. Najczęściej przypadają na okres między drugim a siódmym rokiem życia.

Rozpoznanie anginy ostrej gra wielką rolę we wszystkich okresach życia. Opiera się ono na trzech układach symptomów:

1. — Oznaki wykryte przy badaniu gardzieli.

2. — Objawy miejscowe, towarzyszące anginom.

3. — Symptomy ogólne.

Pierwsze są najważniejszą, drugie mają niekiedy duże znaczenie, do trzecich zaś przywiązuje się mniejszą wagę. Przy tych ostatnich należy zwrócić uwagę na gorączkę. Anginie ostrej towarzyszy podwyższona temperatura; wysokość jej i czas trwania są zmienne.

Przedewszystkiem jednak zróżniczkowanie angin ostrych opiera się na wyglądzie gardzieli; bardzo ważnem jest więc dokładne jej zbadanie.

Przy anginie ostrej błona gardzieli jest zaczerwieniona, nabrzmiała, pokryta miejscami śluzem. Gdy niema innych objawów, chodzi o anginę czerwoną, lub kataralną.

Dla ułatwienia można podzielić anginy na dwie grupy:

Anginy czerwone (w których nie występują białe naloty na gardzieli).

Anginy białe (w których błona śluzowa jest pokryta białemi nalotami).

Anginy czerwone charakteryzuje przekrwienie błony gardzielowej i nadmierne jej wydzieliny. Przy anginie czerwonej migdałki są nabrzmiałe, czerwone; powierzchnia ich pokryta jest szarawemi, nieprzylegającemi pasemkami, łączącemi się ze śluzem.

Gdy angina nie rozszerza się poza migdałki zwie się ona tonsillarną. Przeważnie jednak zapalenie rozciąga się poza obręb migdałków; podniebienie, języczek i łuki są czerwone, nabrzmiałe, niekiedy pokryte pęcherzykami. Gruczołki chłonne na tylnej ściance gardzieli są większe i grubsze, pokryte kleistą wydzieliną, świadczącą o tem, iż gardziel również jest objęta zapaleniem.

Bardzo ważnem jest ustalenie czy angina dyfterytowa może przybierać formę anginy czerwonej lub kataralnej.

Otóż przy krupie dyfterytowym, nie poprzedzonym anginą pseudo-błonową, gardło jest lekko zaczerwienione, a na błonie śluzowej daje się nieraz stwierdzić obecność zarazków dyfterytowych. Nie należy jednak twierdzić, iż lekkie zaczerwienienie gardzieli, występujące w wyżej wymienionym wypadku, wywołane jest temi zarazkami. Wiadomo przecież, że gardziel, nawet zdrowa, jest nosicielem zarazków dyfterytowych. Jest więc możliwe, że i w przypadku anginy czerwonej chodzi o te zaraz-

ki dyfterytu, które były już w gardzieli zdrowej, nie odgrywając w niej żadnej roli.

Przeto angina czerwona nie mająca po upływie 48-iu godzin żadnych komplikacji, (w postaci formowania się nalotów) nie może być traktowana jak angina dyfterytowa i nie wymaga stosowania wstrzykiwania surowicy.

Badanie powierzchowne chronicznych stanów zapalnych gardzieli może niekiedy nasunąć myśl, że mamy do czynienia z anginą ostrą; przy dokładniejszej jednak analizie przekonujemy się, że chodzi o specjalną postać zapalenia migdałków znaną pod nazwą „tonsillitis chronica“, t. j. przewlekłego zapalenia migdałków.

Trudnem jest ustalenie czy migdałki są siedliskiem chronicznego zapalenia. Do pewności tej można dojść przy pomocy dokładnego badania. Niesłusznem jest stawianie patologiczno-anatomicznej djagnozy na podstawie takich objawów jak: boczne umiejscowienie leukocytów lub rozpad komórek. Natomiast zmiany patologiczne, jak np. wrzody, upoważniają do prawidłowego rozpoznania.

Szczególne znaczenie dla djagnostyki, w przypadku chronicznego zapalenia migdałków, mają czopy. Doświadczenia wykazały, iż przeważnie czopy powstają z substancji rogowatej, połączonej z leukocytami. W niewielu tylko wypadkach składają się one wyłacznie z ropy (w tym wypadku rozpoznanie jest zupełnie jasne). Czopy wyciśnięte nie utrudniają rozpoznania, gdyż te, które są głębiej położone, pozostają. Tę samą rolę co czopy w lakunach migdałkowych spełniaja czopy w fossa supratonsillaris (jamie nadmigdałowej).

Charakterystycznym objawem przewlekłego zapalenia migdałków jest zaczerwienienie i powiększenie migdałków oraz zaczerwienienie podniebienia. — Należy nadmienić, iż zaczerwienienie to zdarza się i u ludzi zupełnie zdrowych i — że ilość krwi w gardzieli jest zmienna. Np. po jedzeniu, a zwłaszcza po alkoholu napływ jej jest większy.

Zaczerwienienie migdałków i podniebienia nie jest nieraz objawem wieloznaczącym, gdyż niejednokrotnie bada się chorego podczas wolnych okresów.

Na podstawie powiększenia migdałków nie należy jeszcze twierdzić, iż chodzi o przewlekłe zapalenie migdałków. Powiększenia te mogą być ujęte, jako skutek nadmiernej ich pracy, lub skompensowanej hypertrofji.

Objawem bardzo ważnym są zarysy blizn i zrostów między migdałkami a przednim sklepieniem podniebienia. Oznaczają one okres formowania się blizn, będący zwykle następstwem peri-tonsillarnego zapalenia. Formowanie się blizn wskazuje na to, iż migdałki są siedliskiem skomplikowanych zmian, przeszkadzających w wypełnianiu ich funkcji.

Małe migdałki grają w djagnostyce analogiczną rolę. Zachodzą w nich nieraz tak skomplikowane zmiany (wykryte przy pomocy badania mikroskopijnego), iż wymagają znacznego obniżenia zakresu ich działania. Kliniczne badania wykazały, że te małe migdałki są również czesto siedliskiem infekcji i angin powrotnych.

Z wyżej wymienionego wynika, iż rozpoznanie przewlekłego zapalenia migdałków, w anatomiczno-patologicznem znaczeniu, może być wtedy ustalone, gdy przy długotrwających defektach (nabrzmieniach) migdałków lub ich okolic, wykryta jest obecność ropy, blizn i czopów.

Ważną dla rozpoznania, w tych przypadkach, jest anamneza. Wartość jej i znaczenie podkreślił *Hajek* na Kongresie Kissingeńskim; ze zdaniem jego zgadzają się wszystkie dotychczasowe doświadczenia laryngologiczne z tej dziedziny.

Po omówieniu angin czerwonych i chronicznych przystąpimy do rozpatrywania angin białych. Anginy białe dzielą się na:

1. — Anginy pseudo-błonowe.
2. — „ szarawe.
3. — „ lakunarne.
4. — „ pęcherzykowe.
5. — „ zgorzelowe i anginy o białych, nieokreślonych nalotach.

Anginy pseudo-błonowe charakteryzują wydzieliny na błonie śluzowej gardzieli. Jest to biaława powłoka o zmiennej rozciągłości, tworząca oddzielne wysepki, wydłużone pasy lub rozwlekłe płaszczyzny. Ukazuje sie ona najpierw na tylnej ściance gardzieli, lub na migdałkach, zwłaszcza na ich częściach bocznych.

Fałszywa błona dąży do rozprzestrzenienia się, a cząsteczki jej — do połączenia się ze sobą. Na początku jej rozwoju, błona fałszywa przylega do podległej jej błony

śluzowej, która krwawi, gdy usiłuje się ją odseparować.

Jednym z ważnych czynników rozpoznania angin ostrych, jest to, że angina pseudo-błonowa jest (prawie zawsze) dyfterytową.

Oprócz dyfterytu istnieją jeszcze inne ważne przyczyny anginy dyfterytowej.

1. — Szkarlatyna (najważniejsza po dyfterycie).

2. — Syfilis gardzieli.

3. — Ropień migdałka.

4. — Lokalna operacja lub kauteryzacja stosowana na początku leczenia.

Trudno jest spotkać przypadek anginy białej, nie należącej do jednej z tych grup. Gdy angina biała jest swoista (t. j. gdy nie jest ona wywołana szkarlatyną, syfilisem, ropniem migdałka, lub zabiegiem terapeutycznym), można twierdzić, iż jest ona — dyfterytową i należy stosować wstrzykiwanie surowicy, nie czekając na wynik badania bakterjologicznego.

Proces rozwoju szkarlatyny jest znany: 1-szy dzień, przed pojawieniem się krost, gardło jest czerwone, gwałtownie podwyższającej się temperaturze towarzyszą wymioty, język jest biały. Około 3, 4-go dnia z języka schodzi skórka, a brodawki jego błony śluzowej są bardzo widoczne.

W niektórych przypadkach szkarlatyny (przeważnie groźnych) naloty błonowe pojawiają się na gardzieli. Te anginy przypominają swą postacią dyfteryt złośliwy. Naloty błonowe znajdują się na błonie śluzowej, bardzo czerwonej i spuchniętej, ulegającej łatwo owrzodzeniu.

W przypadku anginy pseudo-błonowej, powstałej z szkarlatyny, należy przeprowadzić badanie bakterjologiczne nalotów. Gdy jest ono niemożliwe (jeśli fałszywej błonie towarzyszą gruczołki chłonne szyjne, a w jamie nosowej daje się stwierdzić obecność wydzieliny ropnej lub krwawej), należy wstrzyknąć surowicę i postępować tak, jakby obecność dyfterytu była udowodniona.

Inne przyczyny anginy błonowej (oprócz dyfterytu i szkarlatyny) są rzadsze. Syfilisowi gardzieli towarzyszy (tylko u dorosłych ludzi) wytwarzanie się fałszywej błony, w przypadkach wyjątkowych: 1. — Szankier migdałka, wywołujący nieraz białe plamy, które naśladują objawy dyfterytu; plamy te i gruczołki są przeważnie jednostronne. 2. — Plaques muqueuses gardzieli mogą również pokrywać się fałszywą błoną. Należy przeprowadzić dokładne badanie, w celu uniknięcia pomyłek, t. zn. nie uważać tych objawów za dyfteryt.

Niektóre zabiegi terapeutyczne mogą pociągnąć za sobą formowanie się fałszywej błony na gardzieli. Trzeba się z niemi zapoznać, gdyż są one często przyczyną pomyłek.

Po tonsillotomji tworzy się przeważnie na miejscu operowanem fałszywa błona (zazwyczaj dość wąska). Ma ona tę własność, że nie przekracza granic obdukowanego migdałka.

Gdy djagnoza została już ustalona przy pomocy anamnezy, wstrzykiwania surowicy nie mają racji bytu. Trzeba zaznaczyć, że w wyjątkowych przypadkach dyfteryt może skomplikować tonsillotomję. A zatem przy najmniejszym podejrzanym objawie należy wstrzyknąć surowicę i — gdy można — przeprowadzić badanie bakterjologiczne.

Fałszywa błona pojawia się dość często na powierzchni migdałka, dotkniętego ropniem. Ropień migdałka charakteryzują dwa objawy: nabrzmienie brzegów migdałka, pokrytych powłoką, powodującą znaczną asymetrję gardzieli i przełyku; oraz skurczenie się mięśni szczęki i dolegliwości przy otwieraniu ust.

Angina ostra wywołująca skurczenie mięśni szczęki i trudności przy otwieraniu ust, jest przeważnie anginą ropniową.

Po prawidłowem rozpoznaniu anginy dyfterytowej, należy zbadać czy chodzi o anginę dyfterytową pospolitą, czy też — złośliwą (hypertoxyczną).

Przy anginie dyfterytowej pospolitej fałszywe błony tworzą oddzielne torebeczki lub grupki, mniej lub więcej rozprzestrzenione. Przy anginie złośliwej błony fałszywe pokrywają całe gardło; migdałki, podniebienie i tylna ścianka gardzieli są pokryte szarawą gęstą powłoką, o nierównej powierzchni. Towarzyszące jej gruczołki chłonne szyjne mają charakter różnorodny, zależny od tego czy chodzi o anginę dyfterytową pospolitą, czy — złośliwą. W 1-szym przypadku są one nieznaczne; gruczoły posuwają się pod palcami i są od siebie oddzielone. W anginie złośliwej gruczołki chłonne szyjne i szczękowe

sa stałe i stanowią objaw groźny. Łączą się one ze sobą, tworząc zwartą, nierozdzielającą się masę.

Gdy gruczoły te występują bardzo wyraźnie, wywołują sztywność t. zw. „cou proconsulaire".

Angina szarawa jest drugą odmianą anginy białej. Charakteryzują ją białawe i szarawe naloty na migdałkach, o jasnych brzegach powierzchni nierównej, miękkiej, kruchej i przylegającej do błony śluzowej. Naloty te nie są groźne, lecz często pozostają w związku z ogólnym stanem osłabienia.

Anginę lakunarną charakteryzuje formowanie sie białych wydzielin w lakunach migdałka. Lakuny są czerwone, spuchnięte, powierzchnia ich pokryta jest białemi kropkami, które wydłużając sie, przybierają nieraz kształt wąziutkich nitek.

Głównemi symptomami anginy lakunarnej są: gorączka, bóle i osłabienie. Dotychczas przypuszczano, że angina lakunarna jest następstwem zakażenia lokalnego, i że wywiera ona wpływ na stan ogólny; obecnie jednak udowodniono, że jest to choroba ogólna, atakująca w następstwie migdałki.

Angina lakunarna jest w większości przypadków chorobą lekką; ustępuje po kilku dniach; stosowanie salicylu powoduje stopniowy zanik objawów i przyśpiesza powrót do zdrowia.

W bardzo rzadkich przypadkach dyfteryt gardlany może przybierać formę anginy lakunarnej. Wtedy wydzielina, charakteryzująca dyfteryt, mieści się początkowo na lakunach, zamiast rozwijać się na powierzchni migdałka. Lecz rzadko pozostaje ona w granicach lakun. Najpóźniej po upływie 48-iu godzin rozprzestrzenia się, białe kropki i paseczki zaczynają tworzyć grupy oraz naloty białe, zwarte i przylegające. Gdy po 48-iu godzinach kropki te pozostaną w granicach lakun, niezmienione, — nie ma potrzeby wstrzykiwać surowicy. W tej regule są wyjątki: terapję surowiczną należy stosować w anginie lakunarnej:

1. — Gdy towarzyszą jej objawy (nawet lekkie) zapalenia krtani z chrypką.

2. — Gdy występuje przy niej silny katar nosa, z wydzieliną ropną, charakteryzującą dyfteryt.

3. — Gdy towarzyszą jej znaczne gruczoły chłonne szyjne.

W tych wypadkach nie należy czekać z wstrzyknięciem surowicy na wynik badania bakterjologicznego i — nie zważając na nie postępować tak, jakby się miało do czynienia z dyfterytem.

Angina lakunarna znana jest jeszcze pod nazwą woreczkowatej (folliculaire). Określenie to jest niesłuszne; angina woreczkowata może oznaczać anginę z zapaleniem woreczków limfoidalnych.

Angina lakunarna bywa nieraz mylnie nazywana herpetyczną (hérpetique). Nazwa ta dlatego jest mylną, gdyż angina herpetyczna jest odrębną jednostką patologiczną. Charakteryzuje ją rozwijanie się na gardzieli dość dużych pęcherzyków, które łatwo pękają, pozostawiając małe krążki o jasnych brzegach. Towarzyszy im zwykle gorączka, osłabienie, niekiedy wyrzuty na wargach; te ostatnie nie mają specjalnego znaczenia, gdyż mogą być komplikacją wszystkich angin ostrych.

Dwie dolegliwości gardzieli, zasługujące na nazwę herpetycznych, nie są prawdziwemi anginami. Są to wyrzuty gardzielowe i ustne. — Jest to „zona pharyngo-buccal"; zdarza się rzadko, tylko u ludzi dorosłych; występuje jednostronnie na podniebieniu, policzkach, dziąsłach, rzadko na samej gardzieli, a nigdy na migdałkach.

Kontury pękniętych pęcherzyków są nieregularne lub wielocykliczne. Zjawiska te (jednostronne umiejscowienie, siedlisko bardziej ustne niż gardlane, wielocykliczność brzegów białych nalotów), pozwalają odróżniać zona pharyngo-buccal od angin ostrych.

Rzadko spotyka się przypadek anginy pęcherzykowej swoistej. Być może, że była ona dotychczas identyfikowana z anginą herpetyczną. Charakteryzują ją pęcherzyki, wielkości maleńkiego groszka (mniejsze niż przy wietrznej ospie), znajdujące się na błonie śluzowej gardzieli. Powstały one przez podniesienie półkuliste nabłonka, pod którym znajduje się ciecz ropna (a nie — surowiczo-ropna, jak przy wietrznej ospie). Pęcherzyki te łatwo pękają pozostawiając po sobie zaokrąglone wgłębienia, lub szarawe krążki, mające niekiedy wygląd wysepek pseudo-błoniczych. Początkowo są one rozdzielone, póź-

niej jednak łączą się, zwłaszcza na powierzchni migdałków. Odmiany te przyjmują postać pseudo-błoniczą, która pozwala myśleć o dyfterycie; angina staje się pęcherzykowo-błoniczą.

Pomylenie z anginą dyfterytową może być wytłomaczone zapaleniem krtani (z chrypką) towarzyszące anginie pęcherzykowej, które symuluje krup i może wymagać intubacji.

Rozpoznanie tej anginy jest oparte na obecności typowych pęcherzyków na gardzieli. Gdy wytwarzają one, rozlewając się, pozór fałszywej błony, widoczne są naokoło nich oddzielne krosty, wyjaśniające pochodzenie pęcherzyków.

Niektóre anginy komplikują się zniszczeniem (powolnem lub szybkiem, głębokiem lub powierzchownem) błony śluzowej gardzieli.

Przyczyny owrzodzenia gardzieli są różnorodne:

Owrzodzenia syfilityczne (szankier początkowy, „plaques muqueuses", owrzodzenia kilakowe), owrzodzenia gruźlicze i rakowe.

Ich cechy charakterystyczne stawiają je w rzędzie angin przewlekłych. Istnieje kilka odmian angin zgorzelowych:

1. — Część angin pseudo-błonowych dyfterytowych i szkarlatynowych.

2. — Część angin nie mających tendencji owrzodzenia, które mogą jednak wywołać zniszczenie błony śluzowej gardzieli.

3. — Agranulocytoza.

4. — Angina Vincent'a.

Anginy pseudo-błonowe dyfterytowe lub szkarlatynowe, przybierając formę złośliwą, mogą komplikować się przez owrzodzenie. W tych przypadkach błona śluzowa, podległa wydzielinom, jest prawie zawsze owrzodzona. Można to skonstatować w momencie opadnięcia fałszywej błony.

Zniszczone tkanki zmieszane z resztkami fałszywej błony tworzą cuchnącą, gnilną masę. Te anginy zgorzelowe znane pod nazwą „noma gardzieli", są zawsze śmiertelne, lecz zdarzają się rzadko.

Gdy angina lakunarna, kataralna lub pęcherzykowa towarzyszy odrze, zapaleniu płuc, rakowi, chronicznej chorobie serca, nerek lub wątroby, zdarza się, iż błona śluzowa ulega powierzchownemu zniszczeniu.

W r. 1922 *Schulze* opisał objawy i znaczenie agranulocytozy. Występuje ona w postaci zapalenia kataralnego, pseudo-ropniowego lub pseudo-błonowego; najczęściej jest ona zgorzelowa i krwawa. Anginie takiej towarzyszy gorączka, żółtaczka, białkomocz, a niekiedy wyrzuty pęcherzykowe. Badanie krwi w tym okresie stwierdza znaczne zmiany hematologiczne. Polegają one na leukopenji, na zmniejszaniu się ciałek białych do 1200, 1600 na milimetr sześcienny, na zanikaniu ciałek wielojądrzastych i zastąpieniu ich przez ciałka jednojądrzaste (monocyty). Stąd też pochodzi nazwa „agranulocytoza". Stan ten kończy się nagłą śmiercią; zdarza się najczęściej u kobiet.

Agranulocytoza rozpoczyna się bólami, gorączką i ogólnem groźnem zakażeniem. W gardzieli występuje natychmiast owrzodzenie, które mieści się przedewszystkiem na migdałkach, lecz może się również znajdować na dziąsłach i podniebieniu. Owrzodzenie, którego podstawą jest zgorzel, charakteryzuje cuchnienie.

Szczególną uwagę zwraca na siebie patognomoniczne cuchnienie oddechu. Po ustaleniu tych objawów należy natychmiast przeprowadzić badanie krwi, które wykaże obniżenie się ilości ciałek białych (spadających z normalnych 6.000 do kilkuset), zanik ciałek wielojądrzastych i pojawienie się na ich miejsce ciałek jednojądrzastych.

Nie należy uzależniać rozpoznania anginy Vincent'a, tylko od wyniku badania bakterjologicznego. Nie znamy bowiem prawdziwej istoty tej anginy; dane bakterjologiczne (streptokoki, stafylokoki, krętki) są uważane za objawy małoznaczące. *Windham* sądzi, że w tym przypadku chodzi o zakażenie „b. pyocyaneus", prawdopodobnie w połączeniu z kilkoma anerobami.

Istnieją rzadkie przypadki agranulocytozy — nieśmiertelne. Zaobserwowano w nich jednak pewne szczegóły indywidualne, bądź na początku (następstwa po usunięciu zęba), bądź w historji choroby (leczenie przeciwsyfilisowe), bądź tej w jej oznakach (nieznaczna leukopenja, lub niewielkie cuchnienie).

Gdy objawy pozostają klasyczne, należy stawiać złe horoskopy. Chory umiera, a autopsja nie wykazuje charakterystycznych uszkodzeń, oprócz defektów szpiku kostnego.

W ten sposób dochodzimy do wniosku,

że agranulocytozę należy traktować jako schorzenie ogólne, które pośrednio umiejscawia się w gardle, w postaci ciężkiej, zgorzelowej anginy.

Dla rozpoznania anginy Vincent'a mają znaczenie niektóre charakterystyczne właściwości przebiegu klinicznego, jak: formowanie się powierzchownej martwicy błony śluzowej, oraz przyleganie zmartwiałej tkanki (w postaci fałszywej błony) do części głębiej położonych. Nazwą najlepiej tę anginę określającą jest: angina martwiczo-błonowa.

Naloty anginy Vincent'a różnią się bardzo od nalotów anginy pęcherzykowej (gdyż są ściśle przylegające) i od wydzielin włóknistych (są bowiem wilgotne i przylegające).

Naogół badanie nalotów nie wykazuje obecności zarazków dyfterytu. Po roztarciu nalotu i po pokolorowaniu go fuchsiną Ziehl'a ukazują się zawsze dwa skojarzone mikroby: zarazek wrzecionowaty i krętki.

Znane są przypadki, gdy badanie gardła wykazuje, iż jest ono pokryte białemi nalotami o różnych charakterach. Można również skonstatować towarzyszącą im fałszywą błonę i naloty pęcherzykowe, fałszywą błonę i wydzieliny lakunarne, fałszywą błonę i naloty zgorzelowe. Niekiedy jeden rodzaj nalotów znajduje się na jednym, a drugi na drugim migdałku, nieraz zaś mieszczą się one na jednym i tym samym migdałku.

Niezawsze przy pierwszem badaniu można określić charakter nalotów. Nieraz zauważa się kilka białych kropek, jak w anginie lakunarnej, ale na boku znajdują się białawe, nieregularne paseczki; niemożliwem jest stwierdzenie czy są to fałszywe błony, czy wydzieliny lakunarne, sformowane w wydłużonych lakunach, tworzące niekiedy nieregularne jamki.

Niekiedy spostrzega się na migdałkach białe paseczki, tworzące rodzaj pajęczyny. W tym przypadku należy postępować tak, jak przy typowej anginie lakunarnej. Gdy nie można przeprowadzić badania bakterjologicznego, trzeba badać gardziel dwa razy dziennie i nie należy stosować żadnych zabiegów lokalnych.

Jeżeli po 24, 48 godzinach naloty nie rozprzestrzeniają się, można wstrzymać się z wstrzyknięciem surowicy. Należy je natomiast momentalnie stosować, gdy anginie towarzyszy zapalenie krtani z chrypką, ropny katar nosa, lub gdy w 1-szym dniu występują gruczołki chłonne szyjne, albo też gdy angina pojawiła się w ośrodku epidemicznym.

Należy jeszcze wspomnieć o specjalnej postaci anginy, wywołanej białemi nalotami gardlanemi, które zawdzięczają swe powstanie betkom ustnym. Owe „muguet pharyngé" utrudniają również rozpoznanie anginy szarawej, której naloty są do nich podobne.

Mikroskopijne badanie betek ustnych wykazuje długie rurki leptothrixu, mniej lub więcej zmienione, owinięte w wielowarstwowy nabłonek.

Reasumując powyższą pracę dochodzimy do pewności, iż anginę pseudo-błoniczną należy traktować jako dyfteryt i stosować wstrzykiwania przeciwdyfterytowe, w przypadku gdy jest ona swoista, t. zn. gdy podstawą jej nie była szkarlatyna, syfilis gardzieli, lub gdy nie jest następstwem amygdalotomji, czy też zabiegu terapeutycznego. W przeciwnym przypadku należy uważać dyfteryt za zjawisko wątpliwe. Te same zasady dają się zastosować w przypadku anginy, której symptomem charakterystycznym są białe nieokreślone naloty.

Gdy przeprowadzenie badania bakterjologicznego jest niemożliwe, należy chorobę traktować tak, jakby obecność dyfterytu była stwierdzona i — stosować wstrzykiwania surowicy.

Na podstawie powyższych danych widzimy, iż można rozpoznać anginę dyfterytową nawet bez badania bakterjologicznego (kierując się jedynie badaniem klinicznem) i stwierdzić czy zachodzi konieczność stosowania wstrzykiwań przeciwdyfterytowych.

Statystyka przeprowadzonego badania klinicznego dotyczy 30 dzieci szkolnych z miejskiego ambulatorjum szkolnego, 60 chorych dorosłych z II-giej lecznicy Łódzkiej Kasy Chorych i 10 przypadkowych z prywatnej praktyki. U dzieci szkolnych w wieku od 7 do 13 lat, na 30 angin ostrych było 12 bez nalotów, przy silnie zaczerwienionej gardzieli, wysokiej gorączce i braku innych objawów. Z powyższych chorych 1 dziecko zostało skierowane do szpitala „Anny Marji", gdzie stwierdzono objawy krupowe i należało przeprowadzić intuba-

cję. U 6 dzieci angina wystąpiła w postaci lakunarnej, która po kilkudniowem leczeniu ustąpiła. U 1 dziecka postać lakunarna była po 2 dniach całkowicie pokryta fałszywą błoną, a badanie bakterjologiczne ustaliło obecność laseczników Löffler'a. U pozostałych dzieci naloty wystąpiły bądź w postaci fałszywych błon, bądź w ilości nieznacznej; u 5 dzieci — o formie nalotów mieszanych, stwierdzono opuchnięcie podniebienia i typowe objawy ropnia migdałkowego, gdzie wstrzykiwań nie stosowano. W pozostałych przypadkach bez uprzedniego badania zastosowano surowicę antydyfterytową z dobrym wynikiem. W 4 z powyższych przypadków, gdzie badanie bakterjologiczne było niemożliwe, po zastosowaniu wstrzyknięć dało się jeszcze stwierdzić obecność laseczników Löffler'a.

60 przypadków zachorowania gardzieli z nalotami u obłożnie chorych II-ej lecznicy Łódzkiej Kasy Chorych (dzieci 25, dorosłych 35 i 5 osesków do roku). Stwierdzono niewyraźne naloty mieszane. Wystąpiły one po 3, 4-ch dniach bez wstrzyknięcia surowicy. W 12 przypadkach zastosowano surowicę. Następne badanie bakterjologiczne wykazało obecność laseczników Löffler'a u 8 dzieci, gdzie surowica była wstrzyknięta. U pozostałych 4 dzieci badanie bakterjologiczne było zbędne, gdyż po 24 godzinach naloty ustąpiły. W 3 przypadkach o nalotach niewyraźnych wstrzyknięto surowicę, gdyż wydzielina nosowa ropna nasuwała przypuszczenie, iż mamy do czynienia z dyfterytem nosa. Badanie wydzieliny nosa potwierdziło przypuszczenia.

W 2-ch przypadkach, przy wyraźnych błonach fałszywych, gdzie surowicy nie wstrzyknięto, gdyż badanie bakterjologiczne nalotów nie wykazało obecności laseczników Löffler'a, wstrzyknięto surowicę przez innego lekarza, który po powtórnem badaniu stwierdził obecność laseczników.

35 przypadków anginy z nalotami u dorosłych: w 20 przypadkach rozpoznano anginę lakunarną, która nie wymagała zastosowania surowicy. W 4-ch przypadkach typowe naloty pseudo-błonowe występowały przy ropniach migdałków. Badanie nie wykazało laseczników dyfterytu. W 5 przypadkach zastosowano surowicę, następne badanie bakterjologiczne wykazało obecność laseczników Löffler'a. W 1 przypadku anginy septycznej naloty były powikłaniem ropnia pozamigdałkowego, bez laseczników dyfterytu. W 1 przypadku ciężkiej anginy ropniowej, gdzie naloty nie wykazały laseczników, badanie hematologiczne wykazało leukopenję silnego stopnia, gdzie liczba ciałek białych jednojądrzastych dochodziła do 1000 na milimetr sześcienny. Był to przypadek agranulocytozy z zejściem śmiertelnem.

W 2-ch przypadkach typowe naloty pseudo-błonowe. w których badanie wykazało obecność laseczników Löffler'a, nie ustąpiły po dwukrotnem wstrzyknięciu 10.000 jednostek surowicy przeciwdyfterytowej. Badanie na odczyn Wassermanna wypadło z wynikiem dodatnim (4 plusy). Zastosowano kurację specyficzną, po której naloty zupełnie znikły. W 2-ch przypadkach naloty były nietypowe, przy ogólnych ciężkich stanach chorobowych.

Z 10 przypadków z prywatnej praktyki stwierdzono u 6 chorych z typowemi nalotami pseudo-błonowemi, (po uprzedniem stosowaniu surowicy), obecność laseczników Löffler'a. W 2-ch przypadkach badanie mikroskopijne z takimiże nalotami, stwierdziło anginę Plaut-Vincent'a. W 1-szym przypadku, gdzie była lekka błona pęcherzykowa (u osoby, która miała złamaną nogę), stwierdzono jednostronna zona buccalis: a w II-gim przypadku, gdzie również wystąpiła fałszywa błona, stwierdzono leptothrix buccalis, u osoby chorej na carcinoma pulmonum.

PIŚMIENNICTWO.

1. — *A. Marfan:* „Le diagnostic des angines aigues".
2. — *Windham:* „*Angine agranulocytique*". (Annales de laryngologie 1930).
3. — *Brunetto Fréderico:* „Angines et nephrites". (Annales de laryng. 1930).
4. — *Wiethe:* „Angines nécrotiques". (Annales).
5. — *Sture Berggren u. Torsten Hellman:* „Die chronische tonsillitis". (Acta Oto — Laryngologica 1930).
6. — *William Lincoln Ballenger:* „Diphteria".
7. — *E. J. Moure:* „Chirurgie des amygdales".

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Wrażliwość wobec leków. (Sensibilité aux médicaments). E. Joltrain.
Revue de méd. Nr. 4 r. 1931.

Wrażliwość ustroju ludzkiego wobec rozmaitych leków była znana oddawna, dopiero jednak badania ostatnich dziesiątków lat, dotyczące anafilaksji, zwróciły także uwagę klinicystów na objawy wrażliwości, lub nadwrażliwości, wobec rozmaitych leków, bez względu na sposób wprowadzania ich do ustroju. Objawy nadwrażliwości pod postacią pokrzywki, dychawicy oskrzelowej i t. p. zwracają obecnie bardziej naszą uwagę, niż to dawniej miało miejsce. Do leków, które ponad wszelką wątpliwość, mogą wywołać objawy nadwrażliwości, należą: woda wapienna, tran rybi, ipekakuana, santonina, olejek terpentynowy i inne ciała żywiczne, olejek anyżowy, walerjana. Wszystkie te ciała były nieraz przyczyną wystąpienia napadów dychawicy, a zwłaszcza pokrzywki. Do takich leków należy jeszcze zaliczyć salicylan sodu, bromek potasu, chloral, jodek potasu, siarczan chininy i t. p. Autor studjował objawy hemoklastyczne u całego szeregu osobników, dotkniętych hemoglobinurją napadową pod wpływem zimna. Badania te przeprowadził autor z *Widalem, Abrami'm* i innymi, co było początkiem głębszych studjów nad nadwrażliwością. Te badania wykazały, że do ciał wywołujących hemoklastyczne wstrząsy należy także antipiryna.

Ale i opium i morfina wywołują objawy nadwrażliwości i znanem jest, że zwłaszcza palacze opium niejednokrotnie cierpią na napady dychawicy, a osobliwie pokrzywki, po użyciu tych środków, mimo, że używanie ich przeszło u nich w narkomanję. Z drugiej strony wszakże u narkomanów spotyka się niekiedy stan nadwrażliwości, który występuje dopiero z chwilą wyleczenia z nałogu. Autor przytacza odpowiedni przypadek, dotyczący chorego, który z powodu gwałtownych bólów w nogach uległ morfinizmowi. Bóle te rzekomo były tabetyczne, wskutek czego chory był poddany kilkakrotnie swoistemu leczeniu. Według zdania autora chodziło tu raczej o polyneuritis alcoholica. Chorego łatwo udało się odzwyczaić od morfiny, wkrótce jednak, po podjęciu codziennego trybu, życia, chory znowu wrócił do swego nałogu. Przy ponownem leczeniu przeciwkiłowem, które przeprowadzono na wyraźne życzenie chorego, wystąpiła pokrzywka, bardzo silna. Trwałość jej zmusiła chorego do stosowania morfiny, po której pokrzywka szybko znikła. Od tego czasu próba odzwyczajenia chorego od morfiny doprowadzała tylko do tego, że z chwilą obniżenia dziennej dawki morfiny z 12 na 7 ctgr. przy tej ostatniej dawce występowała już pokrzywka, i była ona oporna na każde leczenie, prócz podwyższenia dawki morfiny. Bliższe badania wykazały, że ten chory, pozbawiony morfiny, ulegał znacznej sympatikotonji i tylko morfina sprowadzała równowagę układu wegetatywnego. Po opuszczeniu kliniki, chory popadł w alkoholizm obok morfinomanji. Po powrocie do kliniki zastosowano choremu bromek skopolaminy, poczem dokonano nowych prób wyleczenia go z nałogu. Badania wrażliwości chorego na doskórne wprowadzanie morfiny, wykazały, że minimalne dawki wywołują wystąpienie wyraźnej pokrzywki, w miejscu wstrzyknięcia, natomiast wystarczy wstrzyknąć 1 ctgr podskórnie, by objawy chorobowe zupełnie ustąpiły.

Badania *Widal'a, Abrami'ego* i innych wykazały, że objawy wstrząsu hemoklastycznego, jako wyraz nadwrażliwości, można też wywołać takimi lekami, jak rozczyn dwuwęglanu sodu, podsiarczynu sodu, a nawet soli kuchennej, o ile te środki wprowadzi się gwałtownie i bezpośrednio do krwiobiegu. Ogólnie są znane objawy wstrząsu pod wpływem połączeń arsenowych, a zwłaszcza arseno-benzolu. U jednego z chorych po wstrzyknięciu 5 ctgr (!) neo-salwarsanu wystąpił po pięciu minutach wstrząs, w którym ilość leukocytów spadła z 12.000 na 2.000, a ciśnienie krwi z 220 mmHg na 0. Chory nagle zbladł i stracił przytomność tak, że dopiero natychmiastowe wstrzyknięcie adrenaliny zdołało go uratować, nie zapobiegło jednak wystąpieniu obfitej pokrzywki.

Jak rozmaitemi mogą być objawy nadwrażliwości, świadczy następujący przypadek. Choremu, wrażliwemu na ipekakuane, wstrzyknięto podskórnie 1 ccm wyciągu ipekakuany 1 : 5.000 (!). W dziesięć minut później, w miejscu wstrzyknięcia pojawiła się pokrzywka, a nadto wystąpił lekki napad dychawicy oskrzelowej, który minął po wstrzyknięciu adrenaliny. Chory opuścił klinikę, lecz po przejściu paru kroków dostał na ulicy zawrotów głowy, tak że musiał oprzeć się o mur. Gdy to minęło powrócił do swego mieszkania, gdzie uczuł znaczne swędzenie skóry, poczem pojawił się rozległy rumień, podobny do wysypki płoniczej oraz objawy pokrzywki. Niedługo później poczuł zimno w kończynach, ręce stały się fjoletowe a niebawem zupełnie białe i zimne, jak w chorobie Reynaud'a i równocześnie pojawiło się swędzenie w nosie i oczach oraz bardzo obfity wyciek z nosa, który trwał aż do następnego dnia. (Coryza spasmodique). Wszystkie te objawy należy odnieść bezpośrednio do nadwrażliwości.

Obrzęk Quinckego, jako objaw nadwrażliwości, występuje często, a z chwilą umiejscowienia się w głośni może być nawet przyczyną śmierci. Jedna z chorych autora, została uratowana w podobnym przypadku dopiero po kilkakrotnem wstrzyknięciu adrenaliny i dłuższem stosowaniu sztucznego oddychania.

Niektórzy autorowie opisują pokrzywkę, jako objaw nadwrażliwości wobec rtęci, bismutu, oleju

rycynowego, somnifenu, veronalu i innych przetworów barbiturowych.

Autor ostatnio obserwował także nadwrażliwość wobec wydzielin gruczołów dokrewnych, szczególnie zaś wobec insuliny. Ta nadwrażliwość dotyczyła dyrektora laboratorjum dużej fabryki, który wprawdzie stykał się wciąż z insuluną, nigdy jej jednak u siebie nie stosował. Nadwrażliwość ta wystąpiła dopiero po paru latach, a dosięgła tak znacznego stopnia, że chory ulegał napadom dychawicy oskrzelowej, nawet wówczas, gdy zetknął się z kimś powracającym z fabryki. Szereg badań wykazał, że ta nadwrażliwość nie zależała od produktów ciał białkowych, gdyż reakcja skórna występowała również przy użyciu czystej insuliny krystalicznej. Badając objawy kolloidoklazji, autor wraz z *Abrami'm* otrzymywali wyniki pozytywne także i wobec innych hormonów, jak np. z jajników lub z tarczycy (tyroksyna), aczkolwiek bardzo rzadko.

Należy odróżnić nadwrażliwość, czyli nietolerancję ustroju wobec rozmaitych środków, która występuje jako nadwrażliwość wrodzona od nadwrażliwości nabytej. Niewątpliwie szczególnie są ciekawe objawy nadwrażliwości nabytej, przyczem ta nadwrażliwość dotyczy zazwyczaj jednego ciała lub tylko niewielu. Należy przytem zauważyć, że nadwrażliwość może być tylko idiosynkrazją, która nie daje się przenieść drogą humoralną na inny ustrój, może być jednak także wyrazem anafilaksji, czyli swoistego uczulenia wobec danego ciała i, jako taka, daje się wtedy przenosić na inny ustrój (anafilaksja bierna). Dla wykazania istnienia stanu anafilaktycznego podano szereg prób, nie wszystkie one jednak dowodzą bezwzględnie istnienia anafilaksji. I tak np. próba doskórnego wstrzykiwania lub naskórnych skaryfikacji przy użyciu odpowiednich wyciągów, nawet wobec dodatniego wyniku, nie jest dostatecznym dowodem istnienia anafilaksji. Więcej znaczenia należy przypisać ustąpieniu wstrząsów po usunięciu przyczyny wywołującej. Za dowód istnienia anafilaksji natomiast należy uważać odczulenie ustroju drogą stopniowego zwiększania dawek ciał wstrząsorodnych. Podobnym też dowodem jest wykazanie istnienia biernej anafilaksji. Ta próba na tem polega, że zdrowemu osobnikowi wstrzykuje się doskórnie $^1/_{10}$ ccm surowicy krwi osobnika uczulonego; w 24 godziny później wstrzykuje się minimalną dawkę ciała, na które uczulony osobnik jest wrażliwy, w miejsce poprzedniego wstrzyknięcia (u osobnika zdrowego). Wówczas, w razie istnienia anafilaksji biernej, wystąpi wyraźnie miejscowa reakcja.

Autor zwraca uwagę, że przed wystąpieniem wyraźnych objawów, można stwierdzić zapomocą badania wstrząsu hemoklastycznego wyraźne zaburzenie równowagi soków ustrojowych. Wstrząs ten jednak występuje zarówno w anafilaksji, jak i w innych uczuleniach i nadwrażliwościach.

Co się tyczy wystąpienia anafilaksji, względnie uczulenia, w patologji ludzkiej, sprawa ta nie jest całkowicie wyjaśniona. Dziwnem bowiem może się wydawać, że u wielu osobników uczulenie występuje dopiero po latach ciągłego stykania się z substancją, wywołującą to uczulenie. Autor sądzi, że chodzi tutaj o pewną zmianę podłoża, o „przestrojenie“ ustroju. Ta zmiana podłoża może wystąpić pod wpływem całego szeregu czynników, jak nagła zmiana trybu życia, klimatu, przeziębienie, zakaźna choroba, wstrzyknięcie jakiejś surowicy lub wakcyny, intoksykacja, a nawet wstrząs emotywny. Podobnie też mogą działać zaburzenia przewodu pokarmowego, wątroby, nerek a zwłaszcza gruczołów dokrewnych, szczególniej u kobiet.

Leczenie nadwrażliwości polega na usunięciu wpływów ciał, wywołujących wstrząs, lub też należy się starać chorego odczulić. Autor jest szczególnym zwolennikiem auto-sero-terapji dożylnej, którą należy przeprowadzać bardzo ostrożnie. W tym celu wstrzykuje się dwa do trzech razy na tydzień, dożylnie, niewielkie dawki własnej surowicy chorego, zebranej w sposób możliwie aseptyczny. Rozpoczynamy od dawki $^1/_{10}$ ccm i zwolna wzmagamy ją w ten sposób, aby w dwunastu wstrzyknięciach dojść najwyżej do jednorazowej dawki 2 ccm. Ta metoda jest łatwiejsza i mniej niebezpieczna, niż stosowanie nawet minimalnych dawek tych substancji, które wywołują wstrząs. Wywoływania brutalnych wstrząsów należy bezwarunkowo unikać podczas leczenia.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Wskazówki lecznicze w przypadkach przewlekłego zapalenia stawów typu „Les arthroses“. (Traitement des arthroses). C o s t e, F o r e s t i e r i L a c a p è r e.

La Presse Méd. Nr. 39, maj 1931.

Dla zrozumienia różnych wskazań leczniczych w stawach powyższych z korzyścią będzie przypomnieć zespół spotykanych w nich czynników etjologicznych i zmian anatomicznych. Są to: zaburzenia w krążeniu (miażdżyca tętnic), niedomoga jajników, intoksykacje (dna), urazy jednorazowe lub nawykowe (wadliwa statyka), zaburzenia nerwowo-odżywcze; odnośne zmiany anatomiczne, natury wyłącznie zwyrodnieniowej, polegają na zniszczeniu chrząstki stawowej w jej części środkowej i na obecności wyrośli chrząstno-kostnych na obwodzie stawu (osteophytes); zmian zapalnych nie spotyka się tu prawie nigdy.

I. L e c z e n i e o g ó l n e powyższych schorzeń jest tutaj naogół na planie dalszym, pierwsze miejsce co do swego znaczenia ustępując leczeniu miejscowemu. Stosowanie szczepionek (Ponndorf), proteinoterapja, środki chemiczne (zawiesiny kolloidowe metali) — nie dają naogół wyników. Wyjątek należy zrobić jedynie dla j o d u i s i a r k i, podawanych bądź to doustnie, bądź też podskórnie lub domięśniowo, po których w dużej liczbie przypadków (w przeciwieństwie do schorzeń stawowych typu „arthritis“) widuje się wyniki bardzo dobre. Jod najlepiej jest podawać rozpuszczony w tłuszczach, a siarkę — w postaci kolloidalnej. Leczenie wyciągami z gruczołów dokrewnych (jajniki) ,wbrew przypuszczeniom, opartych na przesłankach patogenetycznych, nie daje naogół wyraźnych wyników, co tłumaczą niektórzy autorowie niedostatecznością zwykle stosowanych dawek, względnie współistnieniem w etjologji, poza niedomogą gruczołową, wielu innych czynników.

II. L e c z e n i e m i e j s c o w e. Na pierwszem miejscu postawić należy środki, wywo-

ACECOLINE

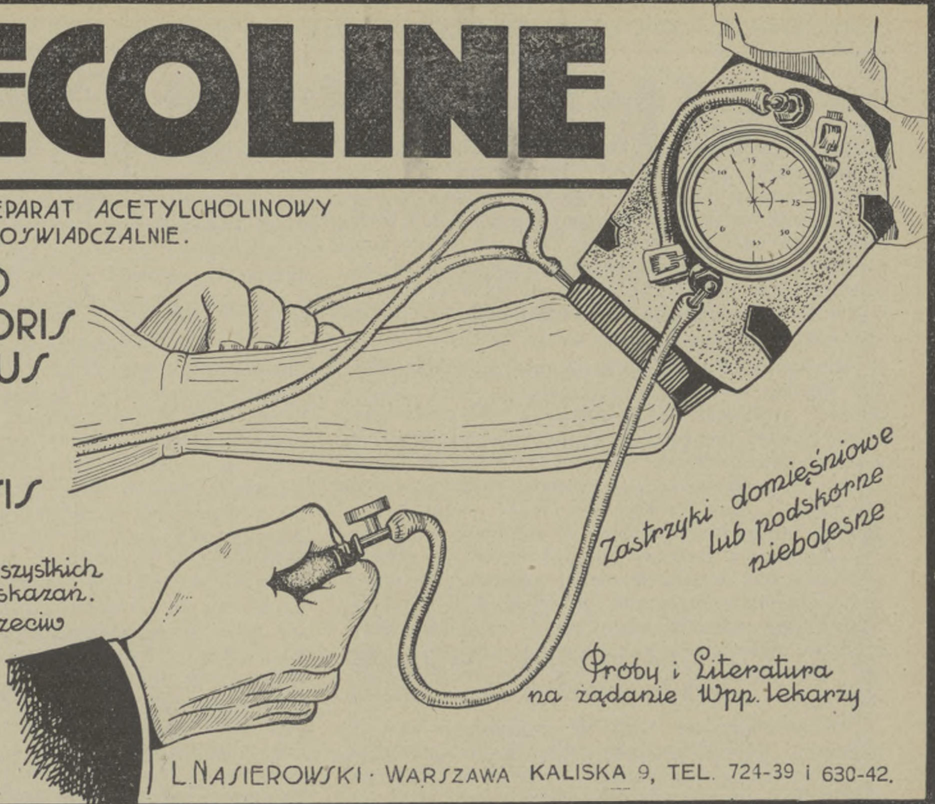
STABILIZOWANY PREPARAT ACETYLCHOLINOWY
SPRAWDZONY DOŚWIADCZALNIE.

HYPERTENSIO
ANGINA PECTORIS
ANGIOSPASMUS
HEMIPLEGIA
GANGRAENA
HYPERHIDROSIS

DAWKA: 0.1-0.2 gr. dla wszystkich wskazań.

DAWKA: 0.02-0.05 gr. przeciw nadmiernym potom.

POSTACI:
ampułki { á 0.10, 0.20.
á 0.02, 0.05.



L. NASIEROWSKI · WARSZAWA KALISKA 9, TEL. 724-39 i 630-42.

L. WŁODARCZYK

BOLÉASE MONAL

POTĘŻNY ŚRODEK w SCHORZENIACH WĄTROBY I JELIT

DZIAŁANIE NA WĄTROBĘ: ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE, ANTYTOKSYCZNE i TONIZUJĄCE.

DZIAŁANIE
NA JELITA: TRAWIENNE,
PERYSTALTYCZNE,
PZECIWKOAGULACYJNE,
PRZECIWGNILNE.

CAŁKOWITY WYCIĄG
z ŻÓŁCI i BOLDO



DAWKA
PO 2 KAPSUŁKI 3 RAZY DZ.

L. NASIEROWSKI
WRSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

łujące przekrwienie czynne, jak to — kąpiele ciepłe, kąpiele elektryczne, diatermja, naświetlania gorącemi promieniami, heljoterapja. Następnie — naświetlania promieniami Roentgena i radu, wstrzykiwania do stawu i w jego otoczenie różnych środków farmakologicznych (lipjodol), miesienie, gimnastyka lecznicza, kąpiele mineralne, wreszcie, różne zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne. Zaznaczyć tu należy, że skłonność stawów powyższych do zesztywnienia jest naogół znacznie mniejsza, niż w przypadkach typu „arthrites".

Reasumując wyżej powiedziane, należy podkreślić różnicę w rokowaniu i leczeniu, jaka istnieje między „arthrites" i „arthroses". W przeciwieństwie do tych pierwszych, w zwyrodnieniowych postaciach przewlekłych schorzeń stawowych i przyczyny chorobotwórcze są naogół niejasne, nieuchwytne, i samo leczenie jest mało wydatne, niepewne, jakby wyczekujące. A ponieważ sam proces chorobowy dotyczy tutaj przeważnie stawów ważnych pod względem statycznym i w wielu przypadkach kompletnie unieruchamia chorego, więc nieraz zachodzi konieczność trwałego, operacyjnego unieruchomienia danego stawu (artrodeza), dla zapewnienia choremu możliwych warunków bytu.

Ze względu na trudność osiągnięcia trwałej poprawy, względnie wyleczenia, lekarz jest zmuszony uciekać się do różnych środków działających objawowo, mogących przynieść ulgę choremu. Wśród nich na pierwszem miejscu postawić należy a s p i r y n ę, której działanie kojące ból jest tutaj nie do zastąpienia.

Który ze środków należy wybrać, stosując leczenie żylaków wstrzykiwaniami środków drażniących? (Quel est le produit de choix à employer dans la méthode de Sicard pour le traitement de varices?) G a u g i e r.

La Presse Méd. Nr. 35, maj 1931.

Środków takich istnieje naogół bardzo dużo. Zasadniczo wszelkie roztwory hyper- i hypotoniczne, kwaśne i zasadowe i roztwory soli działających przyżegająco, wprowadzone do żyły, zmienionej żylakowato, mogą wywołać jej j a ł o w e z a p a l e n i e z a k r z e p o w e (venitis — w odróżnieniu od zakaźnej phlebitis) i w wyniku doprowadzić do jej zarośnięcia, co jest istotnym celem leczenia żylaków. Naturalnie, są do tego potrzebne pewne warunki anatomiczno-fizjologiczne (zwolnienie krwiobiegu i zmiany chorobowe ze strony nabłonka żylnego), które spotykamy właśnie w żylakach, dlatego też wstrzyknięcie środka drażniącego do żyły zdrowej celu powyższego nie osiągnie.

Do środków, zalecanych przez różnych autorów, należą: stężone roztwory cukru gronowego, roztwory chlorku sodu 15—20%, węglanu sodu, soli rtęciowych (dwuchlorek i dwujodek rtęci), cytrynianu sodu i inne. Jednakże wszystkie te środki mają swoje mniej lub więcej wyraźnie zaznaczone wady, jako to — ogólną toksyczność i miejscowe działanie nekrotyzujące.

Dlatego też autor, opierając się na dużym materjale tysięcy przypadków, ogranicza liczbę stosowanych tutaj leków do dwu, które uważa za środki z wyboru w leczeniu żylaków goleni i odbytu; są to: roztwór 20—40% salicylanu sodu i roztwór 10% chininy w połączeniu z 10% urethanem.

I. S a l i c y l a n s o d u należy do środków, stosowanych najczęściej. Używa się roztworów 20—30—40, a nawet i 50%, chemicznie czystych (powinny być bezbarwne), przechowywanych w ampułkach ze specjalnego szkła, na które nie działa chemicznie salicyl. Rozpoczyna się leczenie z a w s z e od dawek m a ł y c h — 2 cm³. roztworu 20%; przy następnem wstrzyknięciu (po 2—3 dniach) — zależnie od wrażliwości chorego — dawkę się zwiększa, np. 2 cm³ roztworu 30—40%. Nigdy nie należy przekraczać dawki 6—8 cm³ roztworu 40%. W przypadkach średnio rozległych żylaków goleni do całkowitego wyleczenia wystarcza 5—6 wstrzyknięć. Naturalnie, całe leczenie przeprowadza się ambulatoryjnie i to tak, żeby chory nie potrzebował — ze względu na odczyn miejscowy po wstrzyknięciu — przerywać swej pracy codziennej. Na kilkadziesiąt tysięcy wstrzyknięć ani razu nie zauważono shocku, zatoru, ani też żadnych innych poważniejszych powikłań; kilkakrotnie tylko spostrzegano po wstrzyknięciu pokrzywkę i dłużej trwający szum w uszach. Jedyną ujemną stroną tego środka jest występujący bezpośrednio po wstrzyknięciu i zresztą, szybko przemijający bolesny kurcz toniczny mięśni łydki. Z tego też względu w ostatnich czasach przewagę nad salicylanem sodu zaczyna zdobywać chinina, która owego kurczu nie wywołuje.

II. C h i n i n ę z u r e t h a n e m stosuje się w następującem rozcieńczeniu: chinini muriatici 10,0 + urethani 10,0 + aq. dest. 100,0. Za pierwszym razem nie wstrzykuje się w jedno miejsce więcej niż 1 cm³, do ogólnej ilości 2 cm³; następnym razem — do 5 cm³, rozdzielonych na kilka wkłuć w różne miejsca. Bolesnych kurczów łydki nie bywa, ale zato trzeba pilnie uważać, żeby wstrzyknięty roztwór nie dostał się poza żyłę, gdyż wówczas, nie dając n a r a z i e objawów żadnych (w przeciwieństwie do salicylanu sodu, który zaraz alarmuje żywym bólem), dopiero następnego dnia sprowadza silne bóle, jakkolwiek do obumarcia naogół nie dochodzi. W 10% wszystkich przypadków w ½ godziny po wstrzyknięciu powstają bolesne nieco skurcze macicy, z tego też względu ciąża początkowa jest zasadniczem przeciwskazaniem do stosowania tego leku.

W przypadkach. w których wstrzykuje się roztwór podśluzówkowo lub podskórnie (guzy krwawnicowe, drobniutkie żylaki goleni), urethan zastępuje się mocznikiem w tem samem rozcieńczeniu, przez co osiąga się znieczulenie czasowe danej okolicy. Jednakże działanie drażniące nabłonek żylnych mocznika jest słabsze, niż urethanu.

Leczenie żylaków goleni wstrzykiwaniem środków drażniących — a sympatektomja okołożylna. (Injection sclérosante et sympathectomie périveineuse). L o u v e l.

Paris Médical Nr. 17, kwiecień 1931.

Większość lekarzy niesłusznie upatruje niebezpieczeństwa tych wstrzykiwań w tem, co się dzieje w e w n ą t r z żyły (np. zatorów po tego rodzaju zabiegach nie widuje się wcale), gdyż rzeczywiste niebezpieczeństwo grozi ze strony procesu, toczącego się d o k o ł a żyły (perivenitis).

Spostrzegano wielokrotnie, zwłaszcza w okresie dawniejszym, kiedy dopiero zaczynano stosować leczenie żylaków wstrzykiwaniami i kiedy wstrzykiwano naogół dawki zbyt duże, dające silny odczyn zapalny dokołażylny, — że po zupełnem zarośnięciu i zbliznowaceniu danego odcinka żyły dookoła niego tworzyły się nowe, drobne rozszerzenia żylakowate, co naturalnie, w dużym stopniu psuły końcowy efekt leczenia, przynajmniej kosmetyczny.

Mechanizm tego zjawiska jest następujący: wstrzyknięcie środka zbyt stężonego lub w zbyt dużej ilości wywołuje odpowiednie zmiany zapalno-zwyrodnieniowe nietylko ze strony śródbłonka żyły, ale i ze strony całej ściany żylnej, do przydanki włącznie; w związku z tem zwyrodnieniu i porażeniu ulega również zawarty w przydance nerw współczulny. Pociąga to za sobą porażenie w znaczeniu naczynioruchowem całego odnośnego odcinka żyły, przekraczającego znacznie granice odcinka, wypełnionego zakrzepem. Stąd — zwyrodnienie i zanik ściany żylnej na dużej przestrzeni, jej rozszerzenia żylakowate, zmiany odżywcze ze strony skóry i tkanki podskórnej i t. p. Następuje tu rzeczywista sympatektomja okołożylna (analogicznie do sympatektomji okołotętniczej), w tym przypadku, naturalnie, zupełnie niepożądana. Z powyższego wysuwają się pewne wnioski praktyczne. Przy wyborze leków wstrzykiwanych, należy się ograniczyć do środków niezbyt silnie działających, miarkować uważnie stężenie i ilość leku wstrzykiwanego, wstrzykiwać tylko do żylaków wyraźnie wykształconych i wogóle oszczędzać możliwie przydankę żyły — analogicznie do oszczędzania krezki przy operacjach na kiszkach.

Odżywianie chorych na gruźlicę chirurgiczną. (L'alimentation des malades atteints de tuberculoses chirurgicales). Garophalides.

Bruxelles — Médical Nr. 28, maj 1931.

Rozróżniamy następujące pięć zasadniczych składników wszelkich pokarmów: węglowodany, tłuszcze, białka, witaminy i sole mineralne. Węglowodany, zawierając w sobie węgiel, wodór i tlen, stanowią najodpowiedniejszy materjał odżywczy dla pracujących mięśni. Tłuszcze, zawierając bardzo dużą odsetkę węgla (76,5%), stanowią najlepszy materjał palny dla utrzymania ciepła zwierzęcego na odpowiednim poziomie. Białka — poza węglem, wodorem, tlenem i azotem — zawierają jeszcze siarkę, jod, fosfór i żelazo i na pierwszy rzut oka przedstawiają najbardziej wszechstronny materjał pokarmowy dla ustroju; jednakże badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, że forsowne odżywianie białkami prowadzi do powstania różnych zmian zwyrodnieniowych w ważnych dla życia narządach.

Większość pokarmów zawiera wszystkie wyżej wyliczone składniki pokarmowe, ale w różnych stosunkach ilościowych i w różnych postaciach. Co do wapnia, fosforu, sodu i chloru — to znajdują się one prawie wyłącznie w liściach roślin jadalnych, w innych pokarmach są tylko w znikomej ilości.

Spotykane w gruźlicy zaburzenia w odżywianiu i w trawieniu polegają na zmniejszeniu asymilacji pokarmów spożytych i stanie jakby „zamartwicy wewnętrznej (asphyxie interne)", spotykanej w przebiegu awitaminozy. U gruźlików mamy do czynienia z awitaminozą, z niemożnością, względnie z niedostatecznością przyswajania witamin, zawartych w pokarmach. Toby tłumaczyło całkowicie te pomyślne wyniki, otrzymywane w przebiegu gruźlicy zapomocą witaminoterapji.

Jeśli chodzi o gruźlicę chirurgiczną (np. kostno-stanową), to rozróżniamy tu trzy okresy rozwoju choroby: 1) okres zniszczenia, 2) okres go-

HÉMOPLASE Lumière

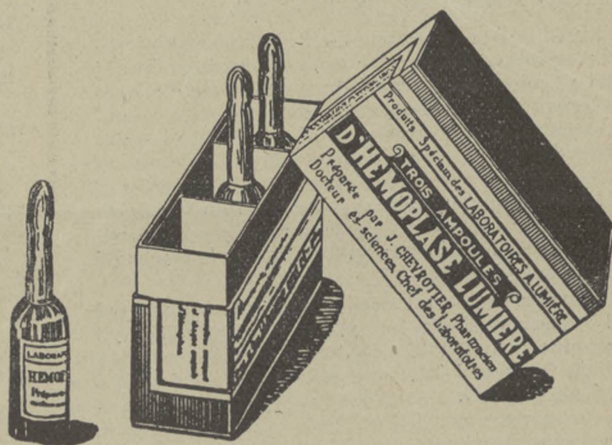
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES (Domięśniowo) à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)





DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI *Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42*

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

jenia (rekonstytucji) i 3) okres wyleczenia (zesztywnienie zupełne). Pokarmy bogate w witaminy, wapno i fosfór należy dawać od samego początku choroby, ale szczególniej potrzebne są one ustrojowi w okresie drugim — gojenia. Ale ponieważ pokarmy zawierają naogół niewiele wapna i fosforu, więc należy je podawać w postaci farmakologicznej. Przeciętne menu lecznicze takiego chorego wyglądałoby następująco:

I. okres: pokarmy bogate kalorycznie, witaminy i substancje białkowate (mięso, jaja, mleko, suche owoce, jarzyny).

II. okres: dużo wapna i witaminy przeciwkrzywicze (ser, jajka, orzechy, migdały, fasola, tran, ergosterol).

III. okres: witaminy pobudzające do wzrostu (kartofle, gotowane ze skórką, cebula, pomidory, szpinak, fasola).

Poza tem we wszystkich okresach dodatkowo— mleko i jajka; mięso chorzy dostają 3 razy w tygodniu, ryby — 2 razy.

Znamienny wyrok sądów francuskich w sprawie następstw upiększającego zabiegu operacyjnego. (Un important arrêt de la Cour de Paris en matière de chirurgie esthétique).

Bruxelles Médical Nr. 28, maj 1931.

Przed sądem Rzeczypospolitej Francuskiej została wytoczona niedawno sprawa cywilna, której rozstrzygnięcie może mieć duże znaczenie dla ogółu chirurgów i ich pacjentów. Pewna kobieta, panna, z zawodu krawcowa, zwróciła się w swoim czasie do jednego z chirurgów paryskich, doktora D., z prośbą o zwężenie operacyjne łydki prawej, która, jej zdaniem, była zbyt gruba. Chirurg dokonał operacji, ale okres pooperacyjny został powikłany zgorzelą kończyny tak, że zaszła konieczność odjęcia goleni prawej.

Chirurg ów został przez chorą pozwany przed sąd o odszkodowanie. Sąd pierwszej instancji uznał jego odpowiedzialność, dopatrując się jego winy w tem, że podjął się operacji, do której wskazania nie wypływały z przesłanek leczniczych. Sąd wyższej instancji zasadniczo nie uznał powyższych motywów, zgóry przesądzających o winie chirurga, co jest niedopuszczalne. Pomimo to zasądził od operatora na rzecz chorej 200.000 franków, wychodząc z tego założenia, że doktór D. zaniedbał uświadomić chorą co do niebezpieczeństwa ryzyka, jakie pociąga za sobą zalecany przezeń zabieg operacyjny. Sąd uważa, że jeśli chodzi o zabiegi kosmetyczne, to chirurg powinien specjalnie dokładnie poinformować pacjentkę o niebezpieczeństwach proponowanej operacji i uzyskać od niej formalną zgodę na dokonanie zabiegu.

Podstawowa przemiana materji w stanach nadczynności tarczycy. (Le métabolisme basal dans les états hyperhyroidiens — wyjęte z pracy „Traitement du goitre exophtalmique"). Berard.

Bruxelles Médical Nr. 28, maj 1931.

Tarczyca wydziela hormon, który utrzymuje spalanie tkankowe w ustroju na pewnym poziomie; obecność tego hormonu we krwi w nadmiarze na-

sila owe spalanie powyżej normy, pociągając za sobą wzmożone zużycie materjałów odżywczych ustroju i tlenu.

W warunkach prawidłowych wskaźnik podstawowej przemiany materji wynosi 36—39. W stanach nadczynności tarczycy jej przyrost może wynosić + 85 (do ogólnej liczby 125). Klinicznie, wszelkie nasilenie przemiany materji pozwala przeto na odróżnienie wola zwykłego od wola toksycznego, pozwala na dokładną ocenę stopnia zatrucia w chorobie Basedowa (przeciętny wzrost przemiany materji = + 50% normy), umożliwia właściwe określenie natury niektórych przypadków tachycardji i nadmiernej pobudliwości serca, które się okazują zamaskowanemi postaciami nadczynności tarczycy; wreszcie, ułatwia rozpoznanie przypadków „rzekomej choroby Basedowa", z przemianą materji zupełnie prawidłową, a które są właściwie stanami sympatikotonji, względnie gruźlicy początkowej.

Jeśli chodzi o rokowanie w stanach nadczynności tarczycy, to tutaj badanie podstawowej przemiany materji ma wartość bardziej ograniczoną; większość autorów europejskich (w przeciwieństwie do amerykańskich), jest zdania, że niema zupełnej równoległości między stopniem zatrucia (względnie nasileniem objawów klinicznych) — a stopniem zwiększenia przemiany materji. Ale rokowanie, zwłaszcza rokowanie co do wyników ewentualnej operacji, można określić zupełnie pewnie, jeśli się podda chorego kilkakrotnemu badaniu podstawowej przemiany materji, kon-

tynuując jednocześnie przygotowawcze leczenie przedoperacyjne (jodem); jeśli stopień przemiany materji obniża się, rokowanie jest pomyślne, w przeciwnym razie — rokowanie jest wątpliwe.

Określenie wskazań do operacji na podstawie obliczania podstawowej przemiany materji. Według autorów amerykańskich (Mayo) zwiększenie przemiany materji o 15% normy nie daje wskazania do operacji, gdyż wystarcza tu leczenie wewnętrzne (jod). W przypadkach przyrostu do 40% — wskazane jest wycięcie typowe tarczycy (strumectomia subtotalis). Powyżej 50% — wycięcie tarczycy jest przeciwskazane, należy się ograniczyć narazie do podwiązania naczyń. Jednakże obraz kliniczny choroby ma tutaj również duże znaczenie, i przy ocenie wskazań do operacji lepiej jest uwzględnić oba te czynniki — to jest nasilenie przemiany materji i objawów klinicznych — równorzędnie.

Badanie podstawowej przemiany materji oddaje duże usługi, jeśli chodzi o ocenę wyników tego czy innego zabiegu operacyjnego, względnie leczenia wewnętrznego. Okazuje się, że największy spadek nasilenia przemiany materji bywa po wycięciu tarczycy (strumiectomia), dlatego też większość chirurgów skłania się obecnie do rozszerzenia wskazań do wycięcia wola w przypadkach nadczynności tarczycy, kosztem wskazań do innych zabiegów, jak np. podwiązywania naczyń tarczycowych.

Leczenie stanów nadczynności tarczycy. (Les indications thérapeutiques dans les états hyperthyroidiens — wyjęte z pracy „Traitement du goitre exophtalmique"). Bérard.

Bruxelles Médical Nr. 28, maj, 1931.

I. Środki farmakologiczne. Leczenie wewnętrzne stanów nadczynności tarczycy, farmakologiczno-higjeniczno-dietetyczne, ma wartość tylko względną — jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego, lub też leczenie stanów chorobowych tak zaawansowanych, że operacja wogóle staje się już przeciwskazaną. Poza tem, w przypadkach wczesnych o bardzo łagodnym przebiegu można się ograniczyć w ciągu kilku miesięcy do leczenia wewnętrznego, z tem jednak zastrzeżeniem, że jeśli objawy chorobowe pomimo to ulegają powoli pogorszeniu, to należy się uciec — nie zwlekając zbytnio — do operacji.

II. Naświetlania rentgenowskie i radowe dają, według różnych autorów, od 50% do 90% znacznej poprawy, która dotyczy głównie objawów sercowych i nerwowych. Jednakże poprawa ta bywa wyłącznie przejściową, po paru miesiącach, czasami — latach, objawy chorobowe wracają całkowicie. Pomijając niestałość poprawy, leczenie naświetlaniami ma tutaj szereg innych stron ujemnych i niebezpieczeństwo ostrego odczynu zapalnego ze strony tarczycy, względnie ostrego zatrucia (analogicznie do tegoż po operacjach), powstanie zmian zapalno-zwyrodnieniowych, utrudniających w następstwie wykonanie ewentualnej operacji, bardzo szpecące czasami odbarwienia skóry i jej zmiany troficzne, wreszcie, niebezpieczeństwo tężyczki i obrzęku śluzowatego — nietyle po samych naświetlaniach, co po operacji chorych, którzy byli uprzednio naświetlani promieniami radu, względnie Roentgena.

Z powyższych względów wskazania do naświetlań należy ograniczyć do przypadków, w których leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, a operacja jest przeciwskazana.

III. Leczenie operacyjne daje tutaj, jak dotychczas, wyniki najlepsze. Operacja wczesna i zarazem odpowiednio doszczętna, wykonana po uprzedniem właściwem przygotowaniu chorego, daje wyleczenie lub znaczną i trwałą poprawę, przy względnie niewielkiej śmiertelności. Żadna inna metoda lecznicza nie daje wyników tak pomyślnych. Operacja jest wskazana we wszelkich stanach nadczynności tarczycy w których objawy kliniczne osiągnęły już pewien stopień nasilenia (zwiększenie przemiany materji powyżej + 20% normy). Należy zawsze dążyć do wczesnego jej wykonania.

Przeciwskazania do operacji stanowią: 1) postacie początkowe stanów nadczynności tarczycy, o niewielkiem nasileniu objawów (patrz wyżej), 2) białkomocz, jako następstwo schorzenia tarczycy, 3) silne podniecenie psychiczno-nerwowe (tachycardia, hyperthermia), 4) krańcowe stany daleko posuniętego zatrucia tarczycowego, z wychudzeniem, niedomogą serca (asystolia) i t. p., 5) zwiększenie podstawowej przemiany powyżej + 100% normy, 6) ciężkie zaburzenia serca z tachycardją i niemiarowością, w których zwykłe leczenie naparstnicą, chininą i chinidyną pozostają bez skutku.

Metodą z wyboru jest możliwie doszczętne wycięcie obu powiększonych zrazów tarczycy, z pozostawieniem tylko tylnej blaszki gruczołu. W przypadkach wątpliwych co do rokowania — przebiegających z dużem podnieceniem psychicznem, wychudzeniem, niedomogą serca — jeśli zapomocą środków przygotowawczych (jod, naparstnica, chinina), udało się osiągnąć niewielką tylko poprawę, lepiej jest narazie wykonać podwiązanie naczyń tarczycowych (na 1 — 2 — 3 tempa), a potem dopiero przystąpić do wycięcia gruczołu.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE

Torbiele ciałka żółtego a brak miesiączki. (Kystes du corps jaune et aménorrhée). Cote G.

Gynécol. T. XXX, Nr. 3, 1931, str. 129.

Autor opisuje trzy przypadki zatrzymania miesiączki pod wpływem torbieli ciałka żółtego. Klinicznie obraz schorzenia przypominał ciążę pozamaciczną, jednakowoż tylko w pierwszym przypadku przystępowano do operacji z tą właśnie mylną diagnozą, w dwu następnych — jeszcze przed zabiegiem rozpoznano torbiel ciałka żółtego.

Ponadto autor przytacza dwa przypadki nieoperowane, w których również podejrzywa omawiane schorzenie.

Ostatnie badanie w zakresie wydzielania wewnętrznego jajnika rzuciły nieco światła na poruszoną przez autora sprawę. Wiadomo mianowi-

cie, że hormon ciałka żółtego wywołuje w śluzówce macicy zmiany odpowiadające stanowi przedciążowemu, czy przedmiesiączkowemu, który przechodzi w krwawienie miesiączkowe z chwilą ustania działania hormonu ciałka żółtego. Stać się to może albo z powodu fizjologicznego zaniku tego gruczołu, albo, o ile powstała torbiel ciałka żółtego, z powodu jej zniszczenia (wycięcie operacyjne, lub rozgniecenie). Nie wyjaśnione pozostaje nadal, co jest przyczyną wytworzenia się właśnie torbielki ciałka żółtego (t. zw. corpus luteum persistens): autor za R. Meyer'em przypuszcza, iż może jest to skutkiem działania przedniego płata przysadki mózgowej.

Bolesne jajeczkowanie. (Les ovulations douloureuses). C o t t e G.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 26, Nr. 3, str. 129, r. 1930.

Bole w okresie jajeczkowania, połączone z przekrwieniem narządu rodnego, powiększeniem jajnika, obfitemi śluzowemi upławami i występujące zazwyczaj w środku okresu międzymiesiączkowego — zależą, zdaniem autora istotnie od zaburzeń w jajeczkowaniu.

Leczenie tego przykrego cierpienia zależy od nasilenia objawów i od stwierdzanych wówczas ewentualnych zmian miejscowych. Niekiedy wystarcza spokój lub podanie lekkiego środka uspakajającego lub zwalczającego przekrwienie (hydrastis, hamamelis); w innych przypadkach pomaga znakomicie masaż ginekologiczny, a lepiej jeszcze gorące irrygacje pochwowe.

W przypadkach lekkiego opuszczenia macicy wskazanie jest założenie krążka lub odpowiedni zabieg operacyjny.

Skoro jednak pomimo szeregu zarządzeń i zabiegów leczniczych bóle międzymiesiączkowe nie ustępują skierować należy ostrze terapji operacyjnej przeciwko samej przyczynie, t. j. jajnikowi. Zabieg taki polegać będzie czy na jednostronnej kastracji, czy na resekcji nerwów jajnika biegnących w więzadle lejkowo-miednicowym, czy wreszcie na wszczepieniu jajnika do sieci (C. robił ten zabieg około 20 razy).

Badania krwi krwi dawcy i odbiorcy przed przelewaniem leczniczem. (Les épreuves de la compatibilité sanguine dans la transfusion du sang). D e r o m E., F. D e r o m.

Jour. de Chir. T. 35, str. 500, r. 1930.

Określenie wartości krwi dla transfuzji odbywa się zazwyczaj tuż przed tym zabiegiem i to zapomoca bądź bezpośredniej, bądź pośredniej metody; pierwsze polega na połączeniu ze sobą kropli krwi dawcy, z kroplą odbiorcy w celu obserwacji wzajemnej aglutynacji krwinek, druga zaś — na określeniu grupy krwi, do której należy krew dawcy i odbiorcy.

Najlepszą metodą jest metoda bezpośrednia, gdyż w braku aglutynacji transfuzję można wykonać z całym spokojem. Wadą tej metody jest względna jej długotrwałość, gdyż czekać trzeba, aż do zupełnego skrzepnięcia, i wystąpienia surowicy. Skrócona metoda 3 kropli ma w sobie tę jeszcze wadę, że nie można odróżnić, która surowica wywołuje aglutynację — dawcy czy odbiorcy, a przez to niepotrzebnie można odrzucić dawcę, zresztą nadającego się do transfuzji.

Metoda pośrednia, polegająca na określeniu grup krwi ma wielką wadę, a mianowicie, niepewność wyników, gdyż sztandartowe surowice tracą swoje własności w dość szybkim czasie, względnie je zmieniają.

To też metodą pośrednią posługiwać się można tylko przy zachowaniu daleko idących ostrożności, tak w technice, jak w ocenie wyników.

„Siccogyne" — tampon pochwowy. (Le Siccogyne tampon — buvard vaginal auto-introductible). A c k e r m a n n G.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 11, str. 703, r. 1930.

Autor podaje ilustrację i opis tamponu pochwowego, nadającego się do wprowadzenia przez samą chorą. Wiadomo, że wprowadzenie dużego tamponu gazowego, wystarczającego dla dokładnego zamknięcia pochwy, jest bez wziernika bardzo przykre, a nawet bolesne. To też tampon proponowany przez autora „Siccogyne" jest zbudowany w ten sposób, że mocno zbita gaza otoczona jest gilzą owalnie zakończoną, składającą z substancji twardej, elastycznej, ale łatwo rozpuszczalnej w wilgoci przy temp. 36°C; otoczka ta z wyglądu przypominająca celluloid zawiera w swym chemicznym składzie środek antyseptyczny organiczny, t. zw. „clonazone" Daufresne'a; nadaje ona sztywność całemu tamponowi i dzięki swej śliskości ułatwia wprowadzenie do pochwy przez samą chorą. Zasadniczym zadaniem tamponu „Siccogyne" jest wchłaniać w siebie wszelką płynną wydzielinę z pochwy i z macicy, czy to upławy, czy krew, czy inne chorobowe wydzieliny, odkażać je i odwadniać. To też stosować można ten rodzaj tamponu w krwawieniach, przy obfitych płynnych upławach, w nadmiernie obfitych menstruacjach, w zapaleniach pochwy, przy przetokach odbytniczo-pochwowych, przed operacją, w celu zebrania wydzieliny do badania i t. d.

Odruchowe leczenie więzadeł macicy. (De la réflexothérapie ligamentaire). I m i a n i t o f f F.

Gynécol. T. 29, str. 652, 1930 r.

Autor stwierdza istnienie w więzadłach obłych sympatycznej drogi odruchowej; leczenie polega na stosowaniu ciepła i masażu, a ma na celu przywrócenia napięcia tego więzadła.

Do leczenia używa aparatu elektrycznego wielkiej częstotliwości o elektrodzie w formie trójkąta.

Leczenie stosować należy w retroversio uteri, metritis chron., zapaleniu przewlekłem jajowodów i jajników, zapaleniu przymacicza, bolesnem miesiączkowaniu, zapaleniu w okolicy zatoki Douglas'a. Przeciwwskazaniem jest ostre i podostre zapalenie, bardzo silne zrosty, duże guzy i złośliwe nowotwory, jak również współistnienie II połowy ciąży.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przypadek lupoidu w postaci tarczek. (Lupoides en placards. Forme rare de la maladie de Boeck du type a gros noyaux, provoquęe par un coup violent et simulant la lépre). N. Dracoulides, B. Kêléménis.
Annales de Derm. et de Syph. 1931 Nr. 3.

Opis przypadku, w którym u 46-cio letniego mężczyzny, jako następstwo po gwałtownym urazie rozwinęły się zmiany w postaci tarczek naciekowych na skórze głowy, prawej połowy twarzy, kończyn górnych i klatki piersiowej. Przypadek zasługiwał na szczególną uwagę ze względu na na podobieństwo do niektórych postaci trądu. Badanie histologiczne wyciętych skrawków ułatwiło rozpoznanie guzowatych lupoidów Boecka. Przypadek był leczony solami złota.

W sprawie zawartości ciał redukujących i przetworów rtęciowych w maściach. (De l'association des corps réducteurs et des mercuriaux dans les pommades). R. Huerre.

Autor wykonał szereg badań i doświadczeń chemicznych z ciałami redukującemi i przetworami rtęci, najczęściej używanemi w dermatologji. Wnioski są następujące:

1. Wasęlina cholesterynowa do 3% nie wywiera żadnego wpływu na składniki czynne zawarte w maści.

2. Należy jedynie unikać łączenia jej z Hg pt. flavum, i z Hg oxyd. rubrum, gdyż środki te dodane zmieniają barwę i skład chemiczny.

3. Ze środkami redukującemi i z oleum cadini można bez zmiany barwy i składu chemicznego łączyć: cynober (hg sulf. rubrum) siarczki rtęci, Hg oxydat. i rtęć metaliczną.

Wyprysk u drwali. (L'eczéma des bucherons). W. Dubreuilh.
Annales de Dermat. et de Syph. 1931 Nr. 2.

Umiejscowienie zmian wypryskowych u drwali (prawie wyłącznie ręce, zwłaszcza pomiędzy palcami, twarz i części płciowe) nie stanowi cechy znamiennej dla tego schorzenia, gdyż wiele jest dermatoz o podobnem umiejscowieniu. Szereg autorów dawniejszych uważało zmiany wypryskowe u drwali za objawy zatrucia organizmu lub zaburzeń nerwowych. Obecnie wykazano w wielu z tych przypadków szkodliwy wpływ niektórych substancji chemicznych i mikrobów.

Schorzenie powstaje w następstwie pracy przy drzewie nieciosanem, gdyż kora zawiera czynniki szkodliwe (autor w pracy swojej wyłącza te zmiany, które powstają pod wpływem stykania się z niektóremi szkodliwemi drzewami egzotycznemi). Większość chorych autora miała do czynienia z drzewem dębowem. Zmiany na skórze rozwijają się gwałtownie, w kilka dni, wśród objawów podniesienia ciepłoty i mają cechy ostrych zmian wypryskowych.

Wrażliwość na wyżej wymienione czynniki szkodliwe spotyka się rzadko, czasem występuje ona w pewnych rodzinach.

Obserwacje 6-ciu chorych żywo ilustrują przebieg kliniczny powyższego schorzenia. Przypadki były leczone środkami obojętnemi.

Azotan srebra. (Le nitrate d'argent). L. Veyrieres.
Rev. franc. de Dermat. et de Vénér. 1930. Nr. 7—8.

Historyczny rys leczniczego zastosowania azotanu srebra i dokładny opis wskazań do stosowania tego leku. W przypadkach impetigo, folliculitis, ecthymata stosuje się azotan srebra co 4—5 dni w postaci zwilżań 10% roztworem. Bardzo dobre wyniki otrzymać można w przypadkach wyprysków i ograniczonych swędzących zmian przebiegających ze zliszajowaceniem skóry (lichenisatio), zwłaszcza umiejscowionych w otoczeniu małżowin usznych.

Roztwór ⅕ stosuje się na brodawki i zgrubienia skóry.

Parakeratotyczne zmiany mikrobowe na końcach palców. (Les parakératoses microbiennes du bout des doigts). R. Sabouraud.
Annales de Dermat. et de Syph. 1931. Nr. 2.

Zakażenie wychodzi najczęściej z bezpośredniego sąsiedztwa paznokcia i jest często następstwem jakiegoś urazu — ukłucia, zadrapania. W kształtującym się pęcherzykowym wykwicie można zwykle stwierdzić obecność paciorkowców. Zmiana ta po upływie 2-ch tygodni przysycha i pozornie zdaje się być zupełnie wyleczoną. Jednakże w 2 do 3-ch tygodni później na czubku palca pojawia się parakeratoza bez jakichkolwiek pęcherzyków. Podobne zmiany parakeratotyczne istnieją zwykle w otoczeniu paznokcia. To łuszczenie się naskórka jest zwykle bardzo uporczywe i długotrwałe. W tym okresie obok paciorkowców można w hodowli uzyskać i gronkowce. Zmiana zwykle szerzy się, często przechodzi na grzbietową część palca. Schorzenie przybiera postać powszechnie nazwaną wypryskiem. Leczenie polega na starannem i silnem nacieraniu jodyną z równoczesnem usuwaniem złogów naskórka i następowem stosowaniem maści dziegciowych lub chryzarobinowych lub z zawartością acid. salicyl. benzoic. Nawroty występują często.

Ostatnie zdobycze w dziedzinie kiły układu kostnego. (Les acquisitions récentes en matière de syphilis osseuse). R. Barthélemy.
Annales des Maladies Vénér. 1930. Nr. 11.

Anatomja kiły układu kostnego nie jest tak charakterystyczna i niema tych swoistych cech, które wykazują schorzenie kiłowe innych organów, np. kilaki. Rozpoznaje się kiłę układu kostnego po rozważeniu całości obrazu klinicznego, zdjęć rentgenologicznych i wyników leczniczych. Najciekawsze dane dają nam zdjęcia R. Kilaki w tkance kostnej najczęściej dają się wykryć tylko przy pomocy Rentgena. Okostnowe zmiany u oseskôw (periostitis ossificans hyperplastica), również klinicznie nie dają objawów. Autorzy, którzy zajmowali się szczególnie tym działem kiły wyróżniali na podstawie objawów klinicznych 3 klasyczne typy osteitis syphilitica; typ guzowato-kilakowy, typ owrzodzeń i ubytków, typ przerostowy (hyperostozy). Charakterystyczną dla rentgenogramów kiłowych jest obecność cyst w tkance kostnej. Obecność kiły należy podejrzewać również w schorzeniach kostnych dotychczas jeszcze niewytłumaczonych: cięższe postaci rachityczne, achondroplasio, rheumatismus chronicus deformans, osteomalacia i t. d.

Rzadki przypadek 230 wstrzyknięć neosalvarsanu u jednego osobnika z kiłą wrodzoną. (Un cas rare de 230 injections de néosalvarsan chez une malade hérédosyphilitique). P. P h o t i n o s.

Ann. des Maladies Vénér. 1930. Nr. 11.

Chora lat 17 pozostawała w szpitalu w leczeniu przez 7 lat z powodu kilaków. Otrzymała w ciągu tego czasu, 230 wstrzyknięć neosalvarsanu, z tego 190 wstrzyknięć po 0,9. Ogólnie ilość zużytego dla niej salvarsanu była 191 gramów. Chora nie przedstawiała żadnych objawów zatrucia. Waga chorej podniosła się z 39 na 45 klg.

O leczeniu ran i powierzchni owrzodziałych przy pomocy mydeł. (Sur le traitement des plaies et surfaces ulcéreuses par les savons). M. R e n a rd.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1930, Nr. 29.

Autor badał bakterjobójcze i przeciwtoksyczne właściwości mydeł. Z wyników swoich badań wnioskuje, że w obecnej chwili roztwory mydeł są najodpowiedniejsze i najskuteczniejsze do uzyskania wyjałowienia ran na powierzchni i do przeciwdziałania toksy-infekcji ze znacznych powierzchni owrzodziałych. Dzięki znacznej płynności ich zdolność przenikania tkanki jest wielka. Nie są w żadnym wypadku środkiem kaustycznym i nie wywołują koagulacji, co ma miejsce przy stosowaniu przeważnej ilości ciał antyseptycznych. Skutkiem tego nie zakreślają sobie same granicy działania.

Gonoreakcja; jej zastosowanie w rozpoznawaniu podostrych i przewlekłych zmian stawowych. (Le gonoréaction. Son application au diagnostic des rhumatismes subaigus et chroniques). A. L e r i, A. U r b a i n, J. A. L i e v r e, J. W e i l l.

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1930. Nr. 26.

Autorzy wykonywali gonoreakcję w przypadkach pewnego zakażenia wiewiórowego i w przypadkach, w których napewno zakażenia wiewiórowego nie było.

Antigen służący do wykonania odczynu, pochodził z 8 szczepów gonokoków. Autor podaje w swej pracy sposób przyrządzenia antigenu i sposób wykonania odczynu. Wyniki rozpatrywano w łączności z obserwacjami klinicznemi. Wnioski są następujące:

1. gonoreakcja jest zawsze dodatnia w przebiegu wiewiórowego schorzenia stawu.
2. Z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, odczyn jest zawsze ujemny w przypadkach braku zakażenia wiewiórowego.
3. Dodatni odczyn ustępuje w miarę postępu leczenia wiewióra.
4. Wynik silnie dodatni nie przedstawia żadnych wątpliwości, co do znaczenia rozpoznawczego. Wyniki słabo dodatnie wymagają dalszego obserwowania.

Dr. Zofja Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA.

J. A. Chavany. La Sciatique. G. Doin. Paris. 50 str. Cena 18 fr. fr.

Jest to nowy zeszyt zasłużonego i na tych łamach niejednokrotnie omawianego wydawnictwa, przeznaczonego w pierwszym rzędzie dla lekarzy praktyków — „La Pratique Médicale Illustrée". Podobnie, jak i w zeszytach już wydanych znajdujemy i w obecnym zeszycie jasny i zwięzły wykład rwy kulszowej, przyczem niezaprzeczalną zasługę autora stanowi należycie dokładne uwzględnienie wszelkich wtórnych postaci rwy. Lecznictwo, jak zwykle, zostało dokładnie ujęte wraz z najnowszemi metodami tu stosowanemi. Liczne rysunki ułatwiają tak zrozumienie poszczególnych postaci rwy, jak i wykonywanie zabiegów leczniczych.

Jules Comby. Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants. Masson et Cie. Paris 1930, 551 str. Cena 36 fr. fr.

Powyższa książka należy do niewielu francuskich podręczników i u nas powszechnie znanych, a nawet została przełożona na język polski. Obecne wydanie zachowuje wszystkie cechy dawne, które spowodowały światowe rozpowszechnienie tej książki, jest jednak w porównaniu z poprzedniemi wydaniami znacznie uzupełnione i powiększone o cały szereg jednostek chorobowych, pominiętych w poprzednich wydaniach.

W. Mestrezat. Techniques courantes de Chimie clinique. Masson et Cie. Paris, 263 str. Cena 32 fr. fr.

Współczesna klinika jest nie do pomyślenia bez często drobiazgowych badań chemizmu ustroju i dlatego każdy lekarz, zazwyczaj niezbyt dokładnie orjentujący się w chemji fizjologicznej i patologicznej, chcąc niechcąc musi posługiwać się w razie potrzeby wykonania odnośnych badań podręcznikiem. Taką właśnie w ścisłym sensie książką podręczną badań moczu, krwi, płynów i cieczy ustrojowych, kału etc. jest dziełko *Mestrezata,* posiadające we Francji ustaloną sławę. Obecne wydanie po śmierci autora dokonane przez jego długoletniego współpracownika *Loiseleur'a* jednoczy wszystko, co może interesować lekarza i obejmuje wszystkie najnowsze metody badania.

Paul Lecène. Les diagnostics anatomo-cliniques. Tom I: Généralités, Lésions du sein. Paris, 1930. Masson et Cie. 192 str. Cena 45 fr. fr. Tom II: Appareil génital de la femme. (Część pierwsza). Masson et Cie, Paris, 1931, 284 str. Cena 75 fr. fr.

W puściźnie po przedwcześnie zmarłym chirurgu paryskim *P. Lecène* pozostał obfity materjał dla dzieła, dotyczącego djagnostyki schorzeń chirurgicznych, lecz z większem niż zazwyczaj uwzględnieniem strony etjologicznej, czyli badań mikroskopowych, bakterjologicznych, szczepień na zwierzętach i t. p. Uczniowie Zmarłego *Favie, Moulonget, Dobkevitch* opracowali ten materjał, wynikiem czego są dwa powyższe tomy i zapowiedź następnych. *Lecène* znany był z jasności wykładu i z wielkich zdolności pedagogicznych. Cechy te odnajdujemy w całości w powyższych książkach. Wielkie osobiste doświadczenie autora, jego drobiazgowa dokładność, jasność i logika niewzruszona rozumowania, wreszcie nader udatna szata graficzna rysunkowa, tak ważna w dziele tej treści, stanowią o wartości nieprzeciętnej „Djagnostyki", którą śmiało polecić należy każdemu chirurgowi i ginekologowi.

A. Clerc. Problèmes actuels de pathologie médicale. Masson et Cie, Paris, 1931. 331 str. Cena 40 fr. fr.

Jest to zbiór wykładów uzupełniających dla lekarzy urządzonych przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Paryskiego. Znajdujemy więc tu szereg wykładów na tematy istotnie przeważnie bardzo aktualne. *Clerc* mówi o zaczopowaniu tętnic wieńcowych i jego znaczeniu w patologji serca, *Aubertin* poświęcił swój wykład agranulocytozie, *Bénard* rezerwie zasad, *Brulé* — rozpoznawaniu kamicy przewodu wspólnego, *Cathala* — porusza mało znany zespół określany, jako „Maladie coeliaque"; *Chabrol* pisze o żółtaczkach infekcyjnych, *Chevallier* o hemorragjach włośniczek, *Donzelot* o zawale serca, *Guy Laroche* o podstawowej przemianie materji w klinice, *Lian* o tachykardji, *Moreau* o przewlekłej zgorzeli płuc, *Pasteur Vallery Radot* o anafilaksji. Tematy więc poruszone w tym zbiorze są dość różnorodne i niewątpliwie wzbudzą zainteresowanie.

A. Selter. Manuel de séméiologie oculaire. Baillière et Fils. Paris, 1931. 226 str. Cena 36 fr. fr.

Początkujący, a być może, że i nawet więcej zaawansowany, oftalmolog ma w tej książeczce niezastąpionego doradcę, ułatwiającego orjentację w objawach ocznych i rozpoznawaniu, zwłaszcza różniczkowem, chorób ocznych. Przejrzystość zestawienia różnych objawów oraz dodatkowe ugrupowanie ich w postaci tablic znacznie ułatwia korzystanie z powyższego dziełka.

Dr. A. Guèniot. Pour vivre cent ans. Baillière et Fils. Paris 1931. 207 str.

Oto książka, której już sam tytuł wzbudza zaciekawienie u każdego. Zainteresowanie to wzrasta jeszcze bardziej, gdy dowiemy się, że autor pisząc ją przekroczył 99 rok swego życia, a obecnie być może i setny. Jako lekarz ujmuje on sprawę przedewszystkiem z szerszego stanowiska biologicznego, uzasadniając, że prawidłowa długość życia ludzkiego jest znacznie dłuższa niż się to powszechnie mniema i na poparcie swych poglądów przytacza poza innemi mniej przekonywującemi wywodami fakt, że ponieważ wzrost u człowieka ustaje w wieku około 20—22 lat, bo wtedy znikają chrząstki nasadowe, więc przeciętna długość życia wynosić musi pięciokrotnie więcej, czyli 100 lat i więcej, gdyż podobny stosunek panuje powszechnie w państwie zwierząt. Obok tych rozważań znajdziemy w powyższej książeczce sporo tematów interesujących, może najmniej ciekawy jest dział poświęcony radom autora przedłużenia życia i radom dla starców, które niewątpliwie pod względem naukowym znacznie ustępują dziełom amerykańskim. Jednakże pogodny optymizm autora, jego styl i, last but not least, jego wiek nadają książce nader miłe „cachet" i czynią z niej pierwszorzędną lekturę, zwłaszcza dla lekarza, który znajdzie w niej sporo zagadnień interesujących i ze stanowiska lekarskiego i społecznego.

Dr. J. Laumonier. La therapeutique des péches capitaux. Francois, Paris, 1931. 193 str.

Dziełko powyższe powinno zwrócić uwagę psychjatrów, psychologów i innych lekarzy interesujących się problematami psychologicznemi. Autor przystępuje bowiem do zagadnienia lecznictwa „grzechów głównych" ze stanowiska psychologa, co nie może nikogo dziwić, ponieważ jest to fach autora. Bardzo ciekawem jest podjęcie pytania leczenia zbiorowego, nieindywidualnego tych spraw, jako rzeczy ze stanowiska społecznego i higjenicznego nader ważnej. Dziełko jest bardzo interesujące i gorąco je polecić można; jeżeli zasługuje na zarzut, to być może zbyt pobieżnego podejścia do niektórych tematów, ułatwia to jednak z drugiej strony czytanie nawet komuś, kto się temi zagadnieniami właściwie bliżej nie interesuje.

Prof. Dr. Sowiński i Dr. med. M. Miller. Podręcznik diagnostyki i terapji. Warszawa, 1931. 915 str.

Podręczniki diagnostyki i terapji typu istotnie „podręcznego" rozpadają się na dwie kategorje: w jednej ugrupowanie chorób jest alfabetyczne, w drugiej podług działów. Mamy przed sobą przedstawiciela drugiej kategorji, każdy dział jest opracowany przez wybitnych specjalistów, a prof. *Sowiński* i Dr. *Miller* zajęli się pozatem ogólną redakcją tego dziełka zbiorowego. Typem tego rodzaju podręcznika jest od wielu lat znany w Niemczech, jako „Viermännerbuch" przewodnik diagnostyczno-terapeutyczny, na którym wychowało się bez przesady kilkanaście ostatnich pokoleń lekarskich i który obecnie stał się już „Neunmännerbuch'em".

Należy więc sądzić, że i u nas wydanie podobnego dzieła odpowie istotnej potrzebie i doczeka się również wielu wydań ponownych, tembardziej, że opracowanie poszczególnych działów jest bardzo dobre, a strona graficzna, poza nielicznemi błędami korektorskiemi, bez zarzutu. Jeżeli wolno wypowiedzieć pewne życzenia dotyczące następnego wydania, to korzystne byłoby dołączenie, jak w prototypie niemieckim, kartek białych do ew. dodatkowych notatek, oraz ścieńczenie książeczki przez zastosowanie innego papieru. Niewątpliwie przyszłe pokolenia studentów i młodych lekarzy nie będą się mogły obejść bez tego podręcznika. Żałujemy, że brak miejsca nie pozwala na wyliczenie autorów poszczególnych działów, są to jednak nazwiska gwarantujące w zupełności należyty poziom książki.

Informator leczniczy m. st. Warszawy na rok 1931. Wyd. „Rój".

Potrzeba wydania informatora odzwierciadlającego urządzenia lecznicze Warszawy i zawierającego wszystkie informacje potrzebne komuś szukającemu pomocy lekarskiej dawała się już dawno odczuwać. Tem cenniejszą jest inicjatywa T-wa „Rój", tembardziej, że sposób ułożenia informatora jest bardzo szczęśliwy. W odróżnieniu bowiem od innych tego rodzaju wydawnictw zawiera on dział popularno-naukowy, następnie dość szczegółowo są uwzględnione ustawy i rozporządzenia tyczące lecznictwa i ochrony zdrowia publicznego. Sama wreszcie część informacyjna i adresowa jest dobrze zestawiona i obfita. Oczywiście pierwsze wydanie tego rodzaju informatora nie może być całkowicie bez usterek, z najważniejszych wymienić należy niekompletny spis czasopism lekarskich (bardzo wiele czasopism pominięto) i zbyt krótki dział uzdrowisk. Dział ten

jest też naogół mało przejrzysty, co utrudnia choremu zorjentowanie się, jakie uzdrowiska w jego chorobie wchodzą wogóle w rachubę. Niewątpliwie usterki te nie pomniejszające zresztą w stopniu znaczniejszym wartości „Informatora", zostaną usunięte w następnem wydaniu.

KRONIKA.

Następny Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich (XXVII Zjazd chirurgów polskich), odbędzie się dnia 24 kwietnia 1933 r. w Poznaniu.

Jako tematy programowe obrad wybrano:
1. Leczenie nowotworów złośliwych.
2. Leczenie t. zw. przerostu gruczołu krokowego.

* * *

FUNDUSZ WIECZYSTY IM. PROF. DR. MED. EDWARDA ŻEBROWSKIEGO.

W czerwcu r. b. upływa rok od śmierci wielkiego uczonego i pedagoga, prawdziwego przyjaciela młodzieży i ludzi cierpiących, ś. p. Prof. Dr. Med. Edwarda Żebrowskiego, Dyrektora I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Asystenci tejże Kliniki celem uczczenia Świetlanej pamięci Swego Szefa postanowili drogą dobrowolnych składek zebrać fundusz wieczysty Jego imienia. Odsetki od tego funduszu przeznaczone będą na stypendjum dla jednego lub kilku hospitantów I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warsz. Opiekę nad funduszem przyjęła na siebie Komisja Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz.

Zwracamy się do wszystkich, którym pamięć ś. p. Prof. Żebrowskiego jest droga i którym na sercu leży dobro nauki polskiej i kształcenie młodzieży z gorącą prośbą o poparcie naszej sprawy.

Wszelkie datki prosimy składać na konto czekowe P. K. O. 26020.

KOMISJA TYMCZASOWA
Dr. E. Bratkowski
Dr. J. W. Grott
Dr. R. Kalinowski
Dr. A. Rytel.

KOMISJA PROF. WYDZ. LEK. U. W.
J. Modrakowski
R. Nitsch
L. Paszkiewicz.

* * *

ZAWIADOMIENIE.

Komitet stały wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji IV Kursu Lekarskiego w dniu 30.VIII — 1.IX r. b. (niedziela, poniedziałek, wtorek).

Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników-lekarzy, przybyłych w liczbie około 600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu IV na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Prof. dra A. Czyżewicza (Warszawa), Dra med. H. Higiera (Warszawa), dra med. H. Kłuszyńskiego (Warszawa), Prof. dra E. Lotha (Warszawa), Prof. dra K. Michejdy (Wilno), Prof. dra W. Orłowskiego (Warszawa), Prof. dra K. Pelczara (Wilno), Prof. dra E. Piaseckiego (Poznań), Dra med. S. Rudzkiego (Warszawa), Doc. dra A. Sabatowskiego (Lwów), Dra med. W. Sterlinga (Warszawa). Prof. dra W. Szenajcha (Warszawa).

Uczestnicy kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku, oraz ulgi kolejowe t .zw. Kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

W imieniu Komitetu IV Lekarskiego Kursu Wakacyjnego:

Komisarz St. Wiśniewski, Dyrektor inż. St. Kozłowski, Burmistrz C. Cichowicz, Doc. dr. L. Lorentowicz, Przewodniczący Komitetu, Dr. med. I. Dembicki, Dr. med. P. Rudzki — Zastępcy przewodniczącego, Dr. med. J. Hurwicz — Skarbnik, Prof. dr. E. Loth, Dr. med. K. Ciągliński, Pułk. dr. Drac, Dr. med. T. Fafius, Dr. M. Kraushar.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.